LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS 2013

Résultats et analyses

Commissaire à la santé et au bien-être

Québec

RÉALISATION

Commissaire à la santé et au bien-être
Robert Salois

Directrice générale
Anne Robitaille

Commissaire adjointe à l'éthique et à l'appréciation
Ghislaine Cleret de Langavant

Rédaction
Félix Dugas
Agent de recherche

Avec la collaboration de
Maxime Oueliet
Coordonnateur des travaux d'appréciation

Daniel Labbé
Économiste en santé

Jacques Girard
Médecin-conseil

Geneviève Tremblay
Agente de recherche

Graphisme
Concept de la couverture
Côté Fleuve

Grille intérieure et infographie
Pouliot Guay graphistes

Révision linguistique et édition
Anne-Marie Labbé

Le présent document est disponible dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être: www.csbe.gouv.qc.ca.

© Gouvernement du Québec, 2013

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
ISBN : 978-2-550-67099-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-67100-8 (PDF)

Note Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

La production de ce rapport résulte de la participation de plusieurs collaborateurs. Nous tenons d'abord à souligner l'importance de la contribution de M. François Champagne, M. André-Pierre Contandriopoulos et Mme Geneviève Ste-Marie, tous trois rattachés à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, pour leur apport substantiel à notre démarche et leur soutien scientifique. Nous tenons aussi à remercier particulièrement les personnes suivantes :

Hélène Beaulieu	Institut national de santé publique du Québec
Danielle Bégin	Ministère de la Santé et des Services sociaux
François Béland	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Mike Benigeri	Consultant en gestion de l'information
Sylvie Bernier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jean-Marie Berthelot	Institut canadien d'information sur la santé
Michel Blondeau	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Linda Brunet	Statistique Canada
Ginette Carrier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Mario Corriveau	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Martine Couture	Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Kinga David	Institut canadien d'information sur la santé
François Dubé	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Bernie Edwards	Statistique Canada
Latifa Elfassihi	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Valérie Émond	Institut national de santé publique du Québec
André Forest	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Robert Granger	Conseil québécois d'agrément
Nathalie Gravel	Institut national de santé publique du Québec
Nancy Grenier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Alain Guilbert	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Guilmette	Statistique Canada
Babita Gupta	Institut canadien d'information sur la santé
Sylvain Haince	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jacqueline Hébert	Ministère de la Santé et des Services sociaux
René Kirouac	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Johanne Labbé	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Nathalie Labrecque	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Danielle Labrie-Pelletier	Régie de l'assurance maladie du Québec
Pierre Lajoie	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Julie Lapointe	Conseil québécois d'agrément
Claire Légaré	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Pierre Legault	Ministère de la Santé et des Services sociaux

Claude Lemay	Institut canadien d'information sur la santé
André Lévesque	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jean-Frédéric Levesque	Institut national de santé publique du Québec
Rabia Louchini	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jeanne MacDonald	Statistique Canada
Michelina Mancuso	Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
Daniel Marleau	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Michèle Marquette	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jérôme Martinez	Institut national de santé puolique du Québec
Brigitte Moreau	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Guy Morissette	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Thérèse Nguyen	Statistique Canada
Fabienne Paquette	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Robert Paradis	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gilles Pelletier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jacques Piché	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Luc Renière	Régie de l'assurance maladie du Québec
Normande Roberge	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Adam Rondeau	Institut canadien d'information sur la santé
Alain Saucier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Patrick Thibeault	Statistique Canada
Simon Tremblay	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jeremy Veillard	Institut canadien d'information sur la santé
José Velasco	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Annie-Claude Voisine	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sonia Waite	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Alain Yao	Institut canadien d'information sur la santé

Nous remercions enfin les organismes dont le nom apparaît ci-avant. Certes, toutes les personnes qui ont partagé leur avis ou qui ont collaboré, d'une façon ou d'une autre, avec le Commissaire à la santé et au bien-être doivent être assurées de notre reconnaissance, et ce, même si leur nom ne figure pas dans ces lignes.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures _ VII

Liste des tableaux _ IX

Mot du commissaire _ XI

L'appréciation de la performance par le Commissaire
un modèle en évolution _ 1

Le cadre d'analyse de la performance 1

La sélection des indicateurs et le choix des balises d'excellence 4

Le calcul des résultats par dimensions et sous-dimensions 5

La mise en relation des dimensions et des sous-dimensions du modèle 5

Les limites de l'analyse 9

La performance à l'échelle provinciale _ 11

Analyse des dimensions de la performance au niveau provincial 12

- Adaptation 12
- Production 16
- Atteinte des buts 20

Analyse des relations entre les fonctions de la performance au niveau provincial 22

- Alignement allocatif 23
- Analyse de l'efficience 25
- Arbitrage de production 26

Réussites et défis pour le Québec 30

La performance à l'échelle des régions du Québec _ 47

Analyse des dimensions de la performance au niveau régional 49
Adaptation 49
Production 55
Maintien et développement 59
Atteinte des buts 61
Analyse des relations entre les fonctions de la performance au niveau régional 64
Alignement allocatif 64
Alignement stratégique 66
Analyse de l'efficience 67
Arbitrage de production 68
Réussites et défis pour les régions du Québec 72

Synthèse _ 95

S'adapter pour mieux produire : la réalité du système québécois 95
Conserver la qualité des soins et les rendre plus accessibles 95
Efficacité, satisfaction et équité : un triple mandat complexe 97

Conclusion _ 99

Annexe _ 101

Médiagraphie _ 107

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Cadre d'analyse de la performance. 3

Figure 2 Différents niveaux d'analyse de la performance. 4

Figure 3 Modèle de graphique d'alignement allocatif ou stratégique 7

Figure 4 Modèle de graphique d'arbitrage de production 8

Figure 5 Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction d'adaptation au Québec et au Canada. 15

Figure 6 Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction de production au Québec et au Canada. 19

Figure 7 Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction d'atteinte des buts au Québec et au Canada. 22

Figure 8 Analyse provinciale de l'alignement allocatif entre l'innovation et transformation et la productivité 23

Figure 9 Analyse provinciale de l'alignement allocatif entre l'innovation et transformation et la continuité et coordination 24

Figure 10 Analyse provinciale de l'efficience : écart entre la dimension de la disponibilité des ressources et certaines dimensions de la performance 25

Figure 11 Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre la qualité technique et la productivité 26

Figure 12 Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre l'accessibilité et la qualité technique 27

Figure 13 Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre la qualité technique et la continuité et coordination 28

Figure 14 Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre la productivité et la continuité et coordination 29

Figure 15 Groupes de régions. 47

Figure 16 Performance pour la dimension de l'innovation et transformation selon les régions du Québec. 52

Figure 17 Performance pour l'indicateur de la proportion moyenne annuelle de déficit non autorisé sur le budget total des établissements de santé, en %, 2008-2009 à 2010-2011. 54

Figure 18 Performance pour la dimension de l'accessibilité selon les régions du Québec . . 57

Figure 19 Performance pour la dimension de la qualité de vie au travail selon les régions du Québec. 60

Figure 20 Performance pour la dimension de l'efficacité selon les régions du Québec 63

Figure 21 Analyse régionale de l'alignement allocatif entre l'innovation et transformation et la productivité 65

Figure 22 Analyse régionale de l'alignement allocatif entre l'innovation et transformation et la qualité technique. 66
Figure 23 Analyse régionale de l'alignement stratégique entre l'ajustement aux besoins de la population et l'efficacité 67
Figure 24 Analyse régionale de l'efficience. 68
Figure 25 Analyse régionale de l'arbitrage de production entre l'accessibilité et la qualité technique 69
Figure 26 Analyse régionale de l'arbitrage de production entre l'accessibilité et la continuité et coordination 70
Figure 27 Analyse régionale de l'arbitrage de production entre la qualité technique et la productivité 71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'adaptation au niveau provincial 12

Tableau 2 Dimensions et sous-dimensions de la fonction de production au niveau provincial 16

Tableau 3 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts au niveau provincial 20

Tableau 4 Tableau de données comparatives interprovinciales – Adaptation 32

Tableau 5 Tableau de données comparatives interprovinciales – Production 36

Tableau 6 Tableau de données comparatives interprovinciales – Atteinte des buts 40

Tableau 7 Tableau de données comparatives interprovinciales – Panorama sociosanitaire de la population 44

Tableau 8 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'adaptation au niveau régional 49

Tableau 9 Dimensions et sous-dimensions de la fonction de production au niveau régional 55

Tableau 10 Dimensions et sous-dimensions de la fonction de maintien et développement au niveau régional 59

Tableau 11 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts au niveau régional 61

Tableau 12 Tableau de données comparatives interrégionales – Adaptation 74

Tableau 13 Tableau de données comparatives interrégionales – Production 80

Tableau 14 Tableau de données comparatives interrégionales – Maintien et développement 86

Tableau 15 Tableau de données comparatives interrégionales – Atteinte des buts. 88

Tableau 16 Tableau de données comparatives interrégionales – Panorama sociosanitaire de la population 92

Tableau 17 Résultats de balisage provinciaux en fonction des balises internationales. . . . 102

MOT DU COMMISSAIRE

Je suis particulièrement fier de présenter ce rapport sur les indicateurs de performance du système de santé et de services sociaux québécois, puisque cet ouvrage est le fruit d'efforts soutenus qui ont conduit à une appréciation bonifiée et approfondie. Cette réalisation reflète notre préoccupation à rendre compte de la performance de notre système avec la plus grande exactitude possible. Les améliorations apportées à notre modèle d'appréciation et à notre méthode d'analyse font foi de notre volonté d'optimiser nos outils d'évaluation et de raffiner notre expertise, de même que de refléter les suggestions faites par les acteurs du réseau. Il en résulte donc une analyse plus juste et plus exhaustive.

Depuis sa première parution en 2009, l'appréciation globale du système de santé et de services sociaux se greffait à un rapport d'appréciation thématique. Cette année, elle effectue pour la première fois une sortie en solo. Ainsi, notre modèle d'analyse, qui s'appuie sur de nombreux indicateurs de performance, a été revisité, mûri et perfectionné. Les quatre fonctions qui façonnent le cadre d'analyse de la performance demeurent les mêmes, soit l'adaptation, la production, le maintien et développement ainsi que l'atteinte des buts. Nous les avons toutefois portées plus loin, en les mettant en relation les unes avec les autres afin de mieux saisir les impacts de leurs interactions sur la performance. Cette analyse permet de présenter un portrait de la performance du système autant sur le plan québécois que sur le plan interrégional, interprovincial et international. Nous souhaitons que cette analyse soit utile, que vous soyez un décideur ou que vous cherchiez simplement à mieux comprendre la réalité complexe du système de santé et de services sociaux et les contraintes qui y sont inhérentes.

La concrétisation du présent rapport n'aurait pu être possible sans l'apport précieux de nombreux collaborateurs, par leur soutien et le partage de leur savoir. Je les en remercie sincèrement. J'exprime aussi toute ma gratitude envers les membres de mon équipe pour leur engagement, leur passion et leur rigueur.

Le commissaire à la santé et au bien-être,

Robert Salois

L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE PAR LE COMMISSAIRE : UN MODÈLE EN ÉVOLUTION

Le système de santé et de services sociaux québécois est un système dont la complexité n'a d'égale que son étendue. Afin de favoriser une prise de décision et une gestion axée sur son amélioration continue, il est important d'analyser les structures et les ressources, de même que les services rendus et les résultats obtenus par ce système, tout en examinant le contexte dans lequel il évolue. Depuis 2009, le Commissaire évalue de façon globale et intégrée le système de santé et de services sociaux du Québec et rend compte de sa performance annuellement.

Dans le présent rapport, une importante mise à jour des indicateurs a été faite. L'organisation de l'information à l'intérieur du modèle d'appréciation a été remaniée, et de nouvelles méthodes d'analyse ont été développées pour tenir compte des interactions qui existent entre les dimensions et les sous-dimensions du modèle. Ces développements visent à établir un diagnostic plus précis en lien avec ce qui relève de la responsabilité du système de santé et de services sociaux lui-même, dans une visée d'amélioration continue.

LE CADRE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE

Pour être performant, le système de santé et de services sociaux doit assumer quatre grandes fonctions : 1) s'adapter pour se donner les ressources et les structures organisationnelles nécessaires, répondre aux besoins et aux attentes des citoyens ; 2) produire des services en quantité adéquate et de qualité en maintenant une bonne productivité ; 3) maintenir et développer des valeurs et la qualité du milieu de travail ; 4) atteindre ses buts, qui sont de réduire l'incidence, la durée et les effets négatifs des maladies et des problèmes sociaux.

Les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance

L'adaptation

L'adaptation consiste à acquérir les ressources et à les structurer en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit la capacité à s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur le système, à mobiliser la communauté, à innover et à prodiguer les soins requis par sa population. Comme le système de santé et de services sociaux est en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des acteurs du système à anticiper les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique, le tout dans une perspective de viabilité.

La production

La production se caractérise non seulement selon les volumes de soins et services, mais aussi selon leur optimisation en fonction des ressources investies. On doit donc considérer l'accessibilité des différents soins et services. Elle concerne aussi la coordination et la continuité des services, qui en permettent un agencement logique et fonctionnel, dans l'optique d'un parcours de soins fluide et continu. La qualité (comprise comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible) en constitue un autre pan. On peut à cet égard envisager autant la qualité technique des interventions que la qualité des soins de manière plus globale, ce qui inclut les services collectifs de promotion et de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé. Enfin, il ne suffit pas de produire des soins et services ; encore faut-il qu'ils soient mieux adaptés aux patients.

Le maintien et développement

Des valeurs sociales sont à la base de la création des institutions du système de santé et de services sociaux. Ainsi, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions s'appuient sur des valeurs qui conditionnent l'environnement de travail et des éléments psychologiques associés aux perceptions des employés. Autrement dit, les valeurs sont à l'origine de la qualité de vie au travail.

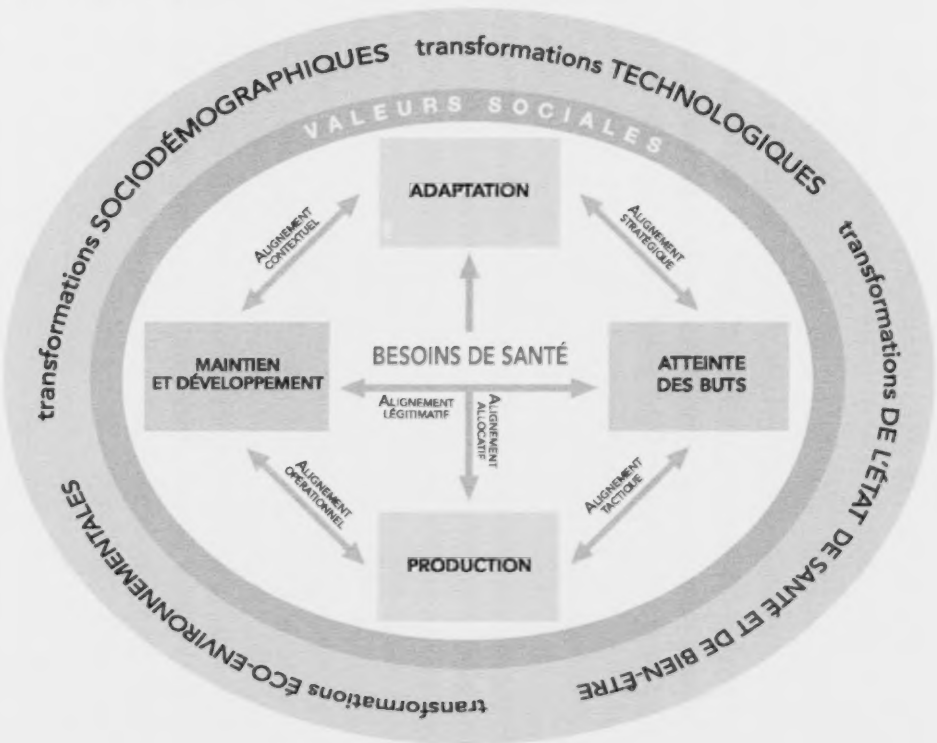
L'atteinte des buts

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés : contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, satisfaire la population à l'égard du système et améliorer l'équité dans le domaine de la santé et des services sociaux.

La performance ne résulte pas seulement de la réalisation de chacune des quatre fonctions prises individuellement, elle repose aussi sur les équilibres qui existent entre ces fonctions. Un système qui concentrerait tous ses efforts à l'acquisition de ressources sans se préoccuper de l'atteinte des buts ne pourrait pas être performant. Un système qui valoriserait la qualité de vie au travail sans se préoccuper de la réponse aux besoins de la population ne serait pas non plus performant.

L'appréciation globale et intégrée de la performance requiert un ensemble de renseignements provenant de diverses sources, des indicateurs de monitorage ou de résultats d'enquêtes. De plus, elle suppose un effort d'intégration plus qu'un simple exercice d'ordonnancement ou d'analyse de quelques indicateurs isolés. Elle doit aussi être cohérente avec un environnement caractérisé par des transformations éco-environnementales, sociodémographiques et technologiques ainsi que par des transformations de l'état de santé et de bien-être de la population. La figure 1 illustre le cadre d'analyse de la performance retenu par le Commissaire.

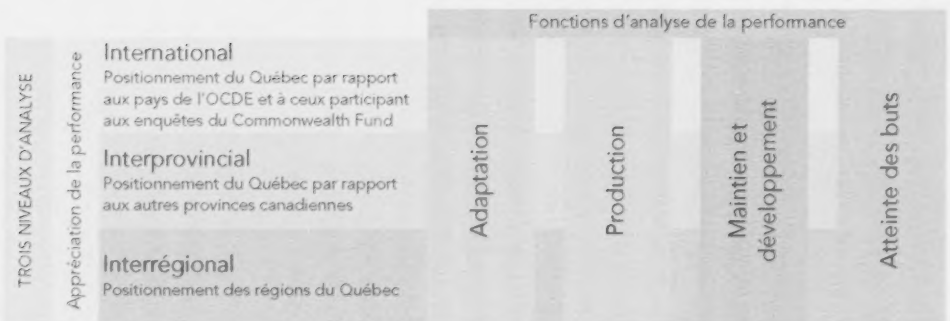
Figure 1
CADRE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE



Les alignements déterminés dans le cadre d'analyse indiquent que toutes les fonctions relatives à la performance interagissent entre elles et qu'il s'agit en fait d'un modèle dynamique d'analyse de la performance. Cette possibilité inhérente au cadre d'analyse de mesurer l'impact de la performance des dimensions d'une fonction sur celles d'une autre fonction est d'ailleurs développée davantage dans le présent rapport. Ce sujet sera détaillé ultérieurement.

La figure 2 montre les trois niveaux d'analyse qui sont retenus par le Commissaire. L'information disponible permet de comparer le Québec aux autres provinces canadiennes et, dans certains cas, à des pays. Ces pays sont ceux de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ou ceux participant aux enquêtes internationales sur les politiques de santé du Commonwealth Fund. Le Québec peut se comparer directement à ces pays pour plus d'une vingtaine d'indicateurs. Les régions du Québec sont également comparées entre elles.

Figure 2
DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE



LA SÉLECTION DES INDICATEURS ET LE CHOIX DES BALISES D'EXCELLENCE

Les indicateurs ont été sélectionnés pour apprécier le mieux possible chacune des dimensions et sous-dimensions du cadre d'appréciation de la performance. Cette sélection doit s'effectuer sans que l'information ne soit inutilement multipliée. Chaque indicateur a été retenu selon divers critères, tels que sa validité, sa stabilité de mesure, sa sensibilité au changement et sa pertinence, soit sa capacité d'être attribué aux actions du système de santé et de services sociaux.

Pour chaque indicateur, une balise d'excellence a été choisie. Cette balise représente la «norme» qui permet de comparer les résultats obtenus à une référence pour établir un indice relatif de performance. Cette balise d'excellence peut être constituée de différentes façons. Les provinces ou les régions qui ont les meilleures pratiques et qui obtiennent les meilleurs résultats en santé peuvent être ciblées: ces régions performantes sont ensuite

comparées aux autres. Il s'agit alors d'une norme empirique d'excellence. La norme peut aussi émaner de la littérature scientifique, des normes cliniques reconnues ou du consensus d'un comité d'experts. Dans ces cas, on parle d'une norme raisonnée.

Le fait qu'une balise d'excellence soit choisie ne suffit pas. Il faut attribuer à chaque indicateur un sens de variation par rapport à la performance. Cette relation peut être positive, c'est-à-dire que plus la valeur de l'indicateur est grande, plus la performance est élevée. On peut penser à la proportion de médecins utilisant les dossiers électroniques ou à l'espérance de vie à 65 ans. La relation peut, à l'inverse, être négative. C'est le cas, par exemple, des taux de réadmissions en établissement ou le taux de tabagisme. La relation peut aussi être parabolique, c'est-à-dire que s'éloigner d'une valeur plancher ou plafond, de manière positive ou négative, diminue la performance. Le taux de césariennes constitue un exemple d'un indicateur dont les valeurs devraient se trouver entre deux bornes. En effet, un taux trop élevé ou encore trop bas de césariennes est préoccupant. Un taux trop bas peut signifier des problèmes d'accès aux services, alors qu'un taux trop élevé peut être associé à une pratique abusive. Enfin, certains indicateurs servent à présenter de nouvelles pratiques ou des tendances historiques, à informer la population ou à donner une vue d'ensemble d'un phénomène par ailleurs mesuré. Ils ne sont pas utilisés pour porter un jugement de performance. De tels indicateurs n'ont pas de sens de variation déterminé, ils sont présentés à titre informatif. L'indicateur portant sur le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées pour les régions du Québec en constitue un exemple.

LE CALCUL DES RÉSULTATS PAR DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS

Afin d'obtenir des résultats de balisage, il faut cumuler le résultat de plusieurs indicateurs, comme c'est le cas à l'intérieur d'une sous-dimension. On procède de la même façon pour une dimension, sauf qu'on cumule le résultat de plusieurs sous-dimensions. À chaque indicateur est attribué un poids relatif à l'intérieur de la sous-dimension, de manière à ce que les poids relatifs des indicateurs totalisent toujours 100 %. Pour obtenir le résultat de balisage d'une dimension, le même processus est transposé au niveau des sous-dimensions (chaque sous-dimension est pondérée). L'ajout de pondérations constitue un changement par rapport aux travaux antérieurs du Commissaire et permet de rendre compte de manière plus juste de la performance du système de santé et de services sociaux.

LA MISE EN RELATION DES DIMENSIONS ET DES SOUS-DIMENSIONS DU MODÈLE

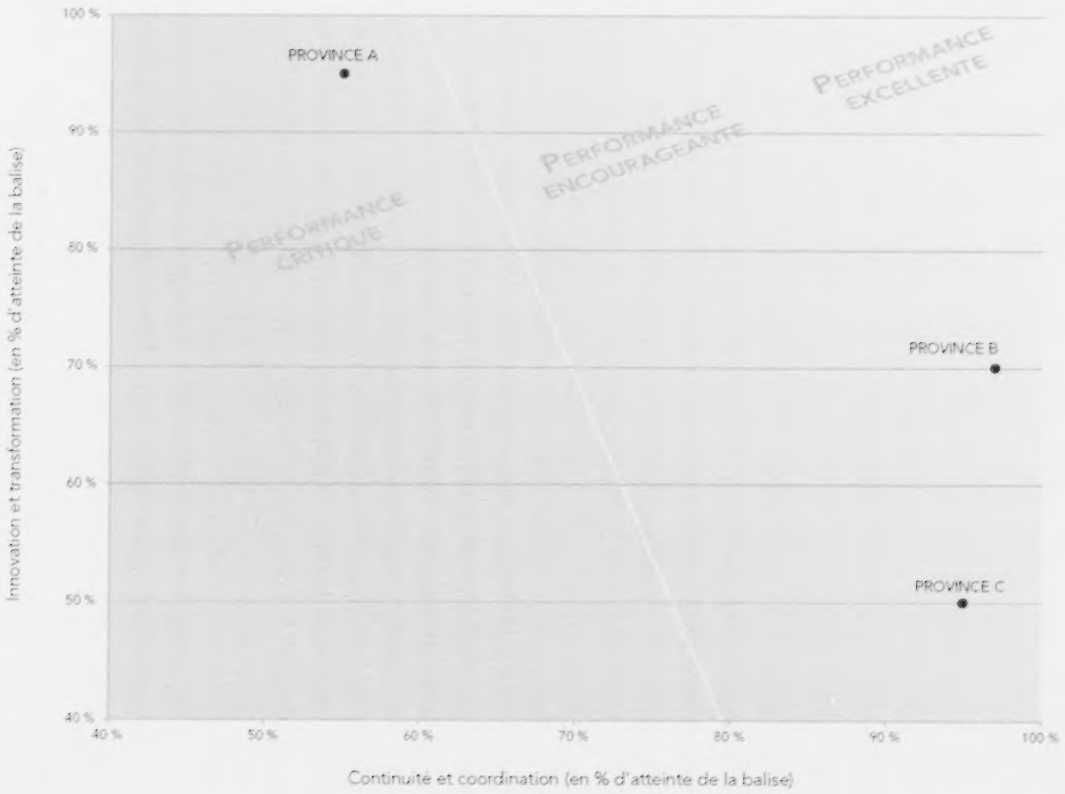
Pour obtenir une image aussi globale et précise que possible de la performance du système de santé et de services sociaux, de nouveaux outils d'analyse ont été utilisés (alignements) pour mieux prendre en compte les interactions entre les dimensions et les sous-dimensions du modèle, autant dans l'analyse provinciale que régionale. Le but de cet exercice est de produire une analyse de plus en plus pertinente et éclairante sur la performance du système, de même que sur les facteurs qui contribuent à son succès ou qui expliquent ses difficultés.

La présente analyse porte sur deux alignements et deux autres relations. En effet, il existe d'autres types de relations entre les dimensions qui proviennent de la littérature et sont inscrits dans le modèle logique de la performance. Les choix retenus sont basés sur la pertinence de mettre en relation les résultats de certaines dimensions, étant donné les liens logiques de performance existant entre des aspects précis de la performance. L'analyse dynamique des provinces et des régions constitue donc à cet égard un échantillon des possibilités qui seront enrichies dans les prochains rapports du Commissaire.

L'alignement allocatif met en relation des dimensions de la fonction d'adaptation et de la fonction de production. Plus spécifiquement, le Commissaire a choisi de mettre en évidence le lien entre l'innovation et transformation ainsi que la continuité et coordination. Cela permet de vérifier si les provinces et les régions qui présentent de meilleurs résultats en innovation et transformation en tirent profit pour accroître leurs résultats en continuité et coordination. La figure 3 montre qu'une province ou une région obtenant un résultat de 95% d'atteinte de la balise en innovation et transformation, mais de seulement 55% en continuité et coordination (province A) présente une performance critique, étant donné qu'elle ne réussit pas à performer en continuité et coordination, malgré un haut résultat en innovation et transformation. À l'inverse, une province obtenant un résultat de 70% en innovation et transformation, mais qui a un résultat de 95% en continuité et coordination se verrait accordée une performance excellente (province B). Comme cette province obtient de très bons résultats en continuité et coordination, malgré un plus faible résultat en innovation et transformation, sa performance est jugée excellente. Par ailleurs, un trop faible résultat en innovation et transformation, malgré un très bon résultat en continuité et coordination, ne classerait pas la région dans la section de la performance excellente, mais plutôt encourageante (province C).

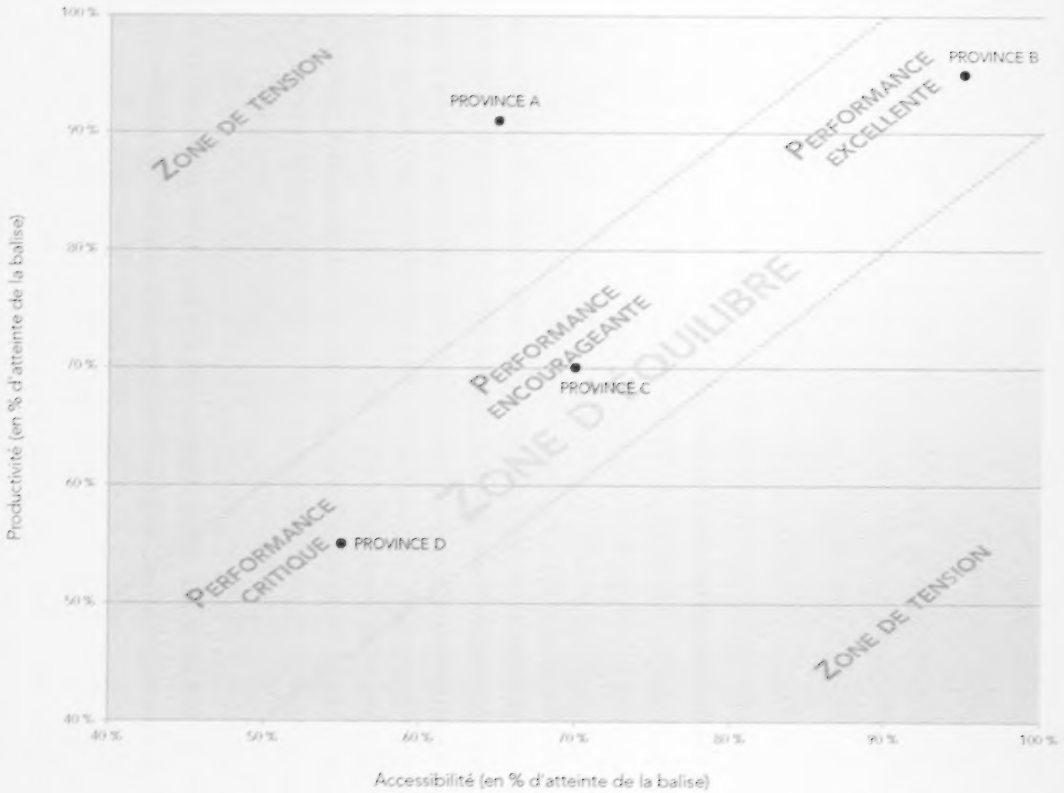
La même représentation graphique est utilisée au niveau régional pour illustrer l'alignement stratégique, qui met en relation l'adaptation (dimension de l'ajustement aux besoins de la population) et l'atteinte des buts (dimension de l'efficacité). Dans le même esprit, il faut analyser si un meilleur ajustement aux besoins de la population permet d'atteindre de plus hauts résultats en efficacité. L'alignement stratégique n'est pas développé au niveau provincial, car la dimension de l'ajustement aux besoins de la population ne s'appuie pas sur un nombre suffisant d'indicateurs pour être mise en relation.

Figure 3
MODÈLE DE GRAPHIQUE D'ALIGNEMENT ALLOCATIF OU STRATÉGIQUE



En plus des alignements entre les fonctions, il existe d'autres types de relations entre les dimensions. L'analyse des relations permet d'apporter des explications et des pistes de solution à des phénomènes concrets observés dans le système de santé et de services sociaux. L'arbitrage de production est une relation s'observant quand deux dimensions entrent en compétition et peuvent donc agir au détriment l'une de l'autre. Dans ce cas, la performance est l'expression d'un équilibre entre les exigences de chaque sous-dimension, qui peuvent être contradictoires. Ces relations se trouvent surtout entre les dimensions de la production. Par exemple, la performance en matière de productivité doit être regardée en fonction des résultats obtenus en qualité ou en accessibilité. Mettre un accent trop important sur une dimension peut nuire aux résultats d'une autre. Dans la figure 4, on constate que la province A met un accent trop grand sur la productivité, au détriment de l'accessibilité. Cette province se trouve donc dans la zone de tension. Les trois autres provinces se situent dans la zone d'équilibre, mais selon un degré de performance différent. La performance de la province B est excellente, en raison de très bons résultats, autant en productivité qu'en accessibilité. Les résultats plus moyens de la province C font en sorte que sa performance est encourageante, alors que la province D, qui obtient des résultats préoccupants à la fois pour la productivité et l'accessibilité, a une performance critique, bien qu'équilibrée.

Figure 4
MODÈLE DE GRAPHIQUE D'ARBITRAGE DE PRODUCTION



Finalement, l'analyse de l'efficience met en relation la disponibilité des ressources avec la performance d'autres dimensions. La disponibilité des ressources (capacité financière, humaine et matérielle) a un impact sur plusieurs dimensions de la performance, dont l'accessibilité, la qualité technique, la continuité et coordination ainsi que l'efficacité. Comme la représentation graphique de l'efficience diffère au niveau régional et provincial, chacun des graphiques sera présenté dans sa section respective.

LES LIMITES DE L'ANALYSE

Plusieurs améliorations ont été apportées à l'appréciation globale et intégrée de la performance du système de santé et de services sociaux, ce qui rend la comparaison avec les rapports antérieurs difficile. Plusieurs indicateurs ont été ajoutés, alors que certains ont été mis de côté au profit de données rendant mieux compte de la performance du système. La méthodologie a aussi évolué pour dresser un portrait plus juste de la performance du système.

De plus, quelques indicateurs désormais inclus dans l'appréciation de la performance ne sont recueillis que depuis peu, ce qui rend impossible pour le moment la présentation d'une évolution temporelle de la performance.

Bien que les changements apportés permettent de présenter un rapport dont l'information est plus complète et l'analyse, plus poussée, certaines améliorations sont à prévoir dans les prochaines versions. Ainsi, la fonction de maintien et développement gagnerait à être complétée dans l'appréciation au niveau provincial et régional. Il s'agit d'une contrainte qui s'explique par le manque d'indicateurs précis, dont la mesure est pourtant primordiale pour toute organisation.

Par ailleurs, les limites méthodologiques inhérentes à l'opérationnalisation du cadre conceptuel se transposent aussi dans l'analyse des alignements. Il faut donc garder à l'esprit ces considérations lors de la lecture de ces sections.

LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

La présente section propose d'abord une analyse descriptive des résultats de balisage obtenus par le Québec par rapport à l'ensemble du Canada. À l'intérieur des fonctions du cadre d'appréciation, chacune des dimensions est abordée dans l'objectif de faire ressortir des aspects particuliers de la performance. Plusieurs indicateurs, qui comparent le Québec aux meilleurs pays de l'OCDE ou aux pays participant à l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund, sont aussi présentés selon la disponibilité de ces données, le tout permettant de renforcer ou parfois de nuancer les observations faites. La fonction de maintien et développement n'est toutefois pas analysée, en raison du manque d'indicateurs disponibles. Les relations entre les fonctions de la performance sont par la suite analysées, et une dernière section porte sur les réussites et les défis du Québec.

L'encadré ci-après pose les bases de l'analyse afin de mieux saisir le contexte dans lequel évolue le système de santé et de services sociaux du Québec. Ce contexte englobe les indicateurs suivants : l'espérance de vie à la naissance, le stress perçu par la population, la mortalité et les traumatismes résultant de blessures accidentelles, les années potentielles de vie perdues et la mortalité par cancer, ou par maladies du système respiratoire ou circulatoire.

Panorama sociosanitaire de la population

Les indicateurs du panorama sociosanitaire de la population montrent que le Québec se situe toujours parmi les trois meilleures provinces avec des résultats de balisage supérieurs à 90 % pour les indicateurs relatifs aux traumatismes non intentionnels et aux blessures, de même qu'à la mortalité et aux années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire ou circulatoire. La situation est semblable pour l'espérance de vie : le Québec obtient le 3e rang. La province a par contre un taux de mortalité (8e rang) et des années potentielles de vie perdues liées au cancer (8e rang) plus élevés que ceux de l'ensemble du Canada. Les Québécois sont aussi ceux qui perçoivent leur vie comme stressante ou extrêmement stressante dans la plus grande proportion au pays (10e rang).

ANALYSE DES DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE AU NIVEAU PROVINCIAL

Adaptation

Le tableau 1 présente les dimensions et les sous-dimensions de la fonction d'adaptation mesurées au niveau provincial.

Tableau 1
DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION D'ADAPTATION AU NIVEAU PROVINCIAL

Adaptation – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Disponibilité des ressources	Capacité financière	Se doter de ressources financières (ex. : dépenses de santé par habitant)
	Capacité humaine	Se doter de ressources humaines (ex. : nombre d'infirmières)
	Capacité matérielle	Se doter de ressources matérielles (ex. : nombre d'appareils de tomodensitométrie et nombre d'appareils de résonance magnétique)
Innovation et transformation	Utilisation des technologies par les médecins	Intégrer des technologies informatiques innovantes dans la pratique médicale (ex. : utilisation des dossiers électroniques)

Dimensions	Sous-dimensions	Définitions et exemples de mesures
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	Prodiguer les services adéquats dans une situation donnée (ex. : hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires)
	Facilité d'entrée	Avoir accès à des professionnels de la santé pour la population (ex. : population ayant un médecin régulier)
	Adéquation de l'utilisation : examens diagnostiques	Utiliser certains examens diagnostiques en fonction des besoins de la population (ex. : nombre d'examens en tomodensitométrie et nombre d'examens en résonance magnétique)
	Adéquation de l'utilisation : services hospitaliers	Utiliser certains services hospitaliers en fonction des besoins de la population (ex. : hospitalisations en soins de courte durée)
	Adéquation de l'utilisation : chirurgies	Pratiquer un nombre de chirurgies en fonction des besoins de la population (ex. : taux d'arthroplasties du genou et taux d'arthroplasties de la hanche)
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	Soutenir au système de santé et de services sociaux en matière de solidarité sociale (ex. : dons et bénévolat en santé)
Viabilité	Santé administrative	Veiller à l'équilibre entre les dépenses administratives et celles vouées aux soins (ex. : proportion des dépenses administratives)

La capacité d'adaptation du système québécois se reflète d'abord par une disponibilité de ressources que l'on peut qualifier de moyenne. La capacité financière du Québec se classe au 8e rang parmi les provinces canadiennes avec une atteinte de la balise de 76,8 %. L'indicateur du total des dépenses de santé en proportion du PIB montre un résultat d'atteinte de la balise de 76,9 %, ce qui situe le Québec au 5e rang des provinces, alors que la comparaison étendue aux meilleurs pays de l'OCDE correspond à un résultat de 98,4 % d'atteinte de la balise[1]. Cela permet de relativiser la 8e position du Québec à l'échelle canadienne pour cette sous-dimension. Quant à la capacité humaine, c'est un point fort pour le Québec, puisqu'il se classe au 4e rang des provinces canadiennes avec un résultat de 88,1 % d'atteinte de la balise. Le nombre élevé de médecins pour 1 000 habitants y contribue largement, alors que le nombre d'infirmières et de pharmaciens se rapproche de celui de l'ensemble du Canada. Il est intéressant de noter qu'en regard des pays de l'OCDE, qui disposent d'un niveau plus élevé de ressources humaines, on observe que les résultats de balisage pour les indicateurs

1. L'ensemble des résultats de balisage provinciaux en fonction des balises internationales est disponible en annexe (tableau 17).

du nombre de médecins et du nombre d'infirmières sont moins favorables, alors que celui du nombre de pharmaciens l'est davantage. Enfin, pour la capacité matérielle, le Québec se classe au 2e rang canadien avec un résultat de 87,6% en raison, entre autres, d'un taux très élevé d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM). Bref, le résultat de 84,2% d'atteinte de la balise du Québec, de même que le 4e rang des provinces canadiennes, démontre pour l'ensemble des indicateurs examinés un haut niveau de disponibilité des ressources au Québec.

La dimension de l'innovation et transformation du système est mesurée par l'utilisation des technologies informatiques par les médecins, seules données actuellement disponibles pour mesurer cette dimension. La faible utilisation des dossiers électroniques et des technologies confère au Québec un résultat de balisage de 63,8% et le dernier rang parmi les provinces canadiennes.

Pour ce qui est de l'ajustement aux besoins de la population, un seul indicateur est disponible pour mesurer la justesse des services. Cet indicateur indique une excellente performance du Québec (95,3% d'atteinte de la balise), à cause d'un faible taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, ce qui ne permet pas toutefois de tirer des conclusions générales. À l'inverse, la faible proportion de Québécois ayant un médecin régulier[2] illustre la difficulté d'accès au système de santé et de services sociaux pour la population ayant des besoins de santé. Le Québec se classe au 10e rang avec un résultat de 78,4% pour la facilité d'accès. Les indicateurs portant sur l'adéquation de l'utilisation des services de santé (examens diagnostiques, services hospitaliers et chirurgies) ne permettent toutefois pas d'apprécier la performance à ce sujet pour le moment. Le résultat d'ensemble pour la dimension de l'ajustement aux besoins de la population classe donc le Québec au 5e rang des provinces canadiennes avec 86,8% d'atteinte de la balise, résultat qui ne s'appuie cependant que sur deux indicateurs.

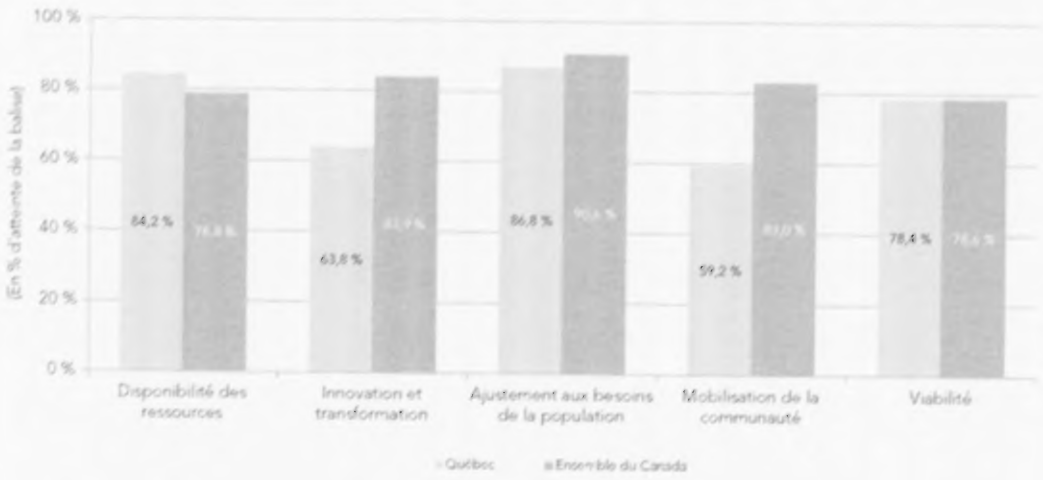
La dimension de la mobilisation de la communauté est d'abord mesurée par la solidarité sociale, pour laquelle deux indicateurs seulement sont disponibles : les dons faits en santé et en services sociaux ainsi que le bénévolat dans le système de santé et de services sociaux. La faible performance québécoise est caractérisée par une 9e position parmi les provinces canadiennes et un pourcentage d'atteinte de la balise de 59,2%.

Finalement, la viabilité du système, dont la mesure n'est que très parcellaire, est illustrée par un indicateur de santé administrative relevant la proportion des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales. Le Québec obtient pour cet indicateur un résultat de 78,6% d'atteinte de la balise et le 6e rang à l'échelle canadienne.

2. Le terme « médecin régulier » réfère non seulement aux médecins de famille, mais aussi aux médecins spécialistes pouvant être consultés pour un problème de santé ou pour assurer un suivi.

La figure 5 présente le résultat du Québec et de l'ensemble du Canada pour chacune des dimensions de la fonction d'adaptation.

Figure 5
DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES POUR LES DIMENSIONS DE LA FONCTION D'ADAPTATION
AU QUÉBEC ET AU CANADA



Production

L'analyse du système de production du Québec – et des dimensions et sous-dimensions qui le composent – se trouve dans le tableau 2. La dimension de la continuité et coordination est entièrement nouvelle et permet la comparaison du Québec avec les pays participant aux enquêtes du Commonwealth Fund, de même qu'avec plusieurs provinces canadiennes.

Tableau 2
DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION DE PRODUCTION AU NIVEAU PROVINCIAL

Production – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Accessibilité	Délais d'attente : médecins	Permettre un accès rapide aux médecins (ex. : délai pour voir un médecin spécialiste)
	Délais d'attente : tests diagnostiques	Permettre un accès rapide aux tests diagnostiques (ex. : proportion des personnes ayant attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques)
	Délais d'attente : chirurgies	Permettre un accès rapide aux chirurgies (ex. : délai d'attente pour une chirurgie de la hanche)
Qualité technique	Pertinence des soins	Prodiguer des soins selon un cadre de pratiques reconnues comme bénéfiques pour les patients (ex. : taux de césariennes)
	Qualité d'exécution	Prodiguer des soins de manière compétente avec un haut standard d'excellence (ex. : taux de réadmissions)
Productivité	Productivité technique	Utiliser les ressources matérielles avec un niveau d'intensité approprié et efficient (ex. : nombre d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie)
	Productivité clinique	Répondre aux impératifs des soins et services dans les meilleurs délais (ex. : nombre d'heures par cas pondéré dans le service de laboratoire)
Globalité	Globalité des services	Offrir une gamme de services élargie (ex. : vaccination contre l'influenza chez les 65 ans et plus)
Continuité et coordination	Perception des usagers de la coordination	Perception de la coordination entre les différentes étapes et les divers intervenants (ex. : bonne coordination à la sortie de l'hôpital)

En ce qui a trait à la production du système de santé et de services sociaux québécois, c'est d'abord par rapport à l'accessibilité qu'est appréciée la performance, avec la sous-dimension mesurant les délais d'attente pour consulter un médecin. Alors que l'attente pour une visite chez un médecin spécialiste place le Québec au 1er rang canadien, la proportion des personnes ayant eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi est plus élevée au Québec qu'ailleurs, ce qui attribue à cet indicateur un résultat de 52,6 % d'atteinte de la balise d'excellence. Les délais d'attente au Québec pour des tests diagnostiques très spécialisés sont considérés comme excellents, puisque la province obtient un résultat de 95,9 % d'atteinte de la balise et le 3e rang canadien. Les délais d'attente pour une chirurgie de la cataracte, du genou ou de la hanche sont parmi les meilleurs au pays (1er ou 2e rang), alors que le Québec fait moins bien que l'ensemble canadien pour les chirurgies non urgentes (7e rang). Globalement, la dimension de l'accessibilité, qui mesure les délais d'attente pour voir un médecin, passer certains tests diagnostiques ou obtenir une chirurgie, place le Québec au 6e rang des provinces canadiennes. Bien que le résultat de 82,3 % d'atteinte de la balise de cette dimension témoigne d'une bonne performance, l'analyse plus détaillée de l'accessibilité au niveau régional fait ressortir certains aspects pour lesquels il n'existe pas d'indicateurs disponibles afin d'en dresser le portrait à l'échelle des provinces. L'attente pour des soins de routine ou de suivi représente donc au Québec le principal écueil en matière d'accessibilité.

La qualité technique est mesurée par les sous-dimensions de la pertinence des soins et de la qualité d'exécution. La pertinence des soins s'appuie essentiellement sur des indicateurs relatifs à l'accouchement, les seuls disponibles. Ainsi, le taux de césariennes se rapproche de la norme établie (avec un résultat de 89,6 % d'atteinte de la balise) et le taux d'accouchements vaginaux après césarienne place le Québec au 4e rang des provinces canadiennes. Le résultat de la sous-dimension de la pertinence des soins se chiffre à 80,6 % d'atteinte de la balise, ce qui situe le Québec au 3e rang. Pour la sous-dimension de la qualité d'exécution, appuyée sur les indicateurs de taux de réadmissions hospitalières, le Québec se place au 1er rang des provinces avec un résultat de 100,0 % d'atteinte de la balise. Dans l'ensemble, le Québec obtient un résultat de 92,2 % d'atteinte de la balise et le 2e rang pour la dimension de la qualité technique des soins, ce qui place la province en excellente position vis-à-vis des autres provinces canadiennes.

En regard de la productivité, l'intensité d'utilisation des appareils de haute technologie en tomodensitométrie et en imagerie par résonance magnétique renseigne sur la productivité technique relative à ces appareils. Si le nombre moyen d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie est élevé et obtient un bon résultat (90,4 % d'atteinte de la balise), le nombre moyen d'examens réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique obtient de plus faibles résultats de balisage, autant en comparaison des autres provinces canadiennes (53,6 % d'atteinte de la balise) que des meilleurs pays de l'OCDE (64,7 % d'atteinte de la balise). Ce résultat est d'autant plus préoccupant qu'au Canada, le Québec possède le plus grand nombre d'appareils de ce type par rapport à sa population. Aussi, le nombre total d'heures travaillées par cas pondéré selon différentes unités des services hospitaliers démontre une forte productivité clinique du Québec dans la plupart des unités de services. Pour cette sous-dimension, le Québec a une excellente performance de 92,7 % d'atteinte

de la balise et le 2e rang des provinces canadiennes. Le Québec obtient ainsi un très bon résultat de 88,6% d'atteinte de la balise pour la dimension de la productivité, ce qui le place au 3e rang des provinces canadiennes.

La dimension de la globalité, avec la sous-dimension de la globalité des services (services préventifs et de dépistage), montre pour le Québec une très bonne performance (90,4% d'atteinte de la balise) pour les deux indicateurs sélectionnés. Malgré ce résultat, le Québec se trouve au 8e rang des provinces canadiennes.

C'est finalement grâce aux indicateurs sur la perception de la coordination par les usagers présentant les plus grands besoins de santé[3] qu'il est possible de mesurer la dimension de la continuité et coordination au niveau provincial. Pour presque tous les indicateurs, le Québec obtient des résultats préoccupants ou très préoccupants, à la fois vis-à-vis des deux autres provinces fournissant des données, soit l'Ontario et l'Alberta, et des meilleurs pays participant au sondage du Commonwealth Fund[4]. Le résultat de balisage de la dimension (71,9%) démontre des lacunes autant dans la coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, que dans la coordination des soins à la sortie de l'hôpital à la suite d'une chirurgie. Les résultats révèlent aussi des lacunes en ce qui a trait à la prise en charge des patients par un médecin de famille. Enfin, on note une très faible proportion de patients québécois présentant de grands besoins de santé pour lesquels une même personne se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques : 48,6% d'atteinte de la balise (comparé aux provinces) et 46,5% (comparé aux pays participants). La dimension de la continuité et coordination semble donc être un enjeu de performance du système de santé et de services sociaux québécois à l'heure actuelle. D'ailleurs, dans son rapport de 2010, qui traitait des maladies chroniques au Québec, le Commissaire à la santé et au bien-être recommandait notamment de consolider les mécanismes de coordination locale des soins et services (CSBE, 2010, p. 78) :

- Que soient implantés des mécanismes d'accueil clinique et d'orientation des patients permettant de diriger les personnes et de coordonner leur trajectoire de soins au sein des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de l'ensemble des partenaires du réseau local de services (RLS). Cette responsabilité incombe au CSSS, mais elle doit bénéficier du soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux dans la conception d'outils visant l'implantation d'un tel mécanisme.
- Que soient implantés, à l'échelle des centres de santé et de services sociaux et des autres établissements de santé, des mécanismes coordonnés d'orientation vers les spécialités qui intègrent des protocoles définis pour en assurer la pertinence.

3. Les usagers présentant les plus grands besoins de santé réfèrent à la population de 18 ans et plus qui rapportait l'une des conditions suivantes au cours des deux dernières années : avoir une santé moyenne ou mauvaise ; avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux ; avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications) ; avoir subi une chirurgie majeure.

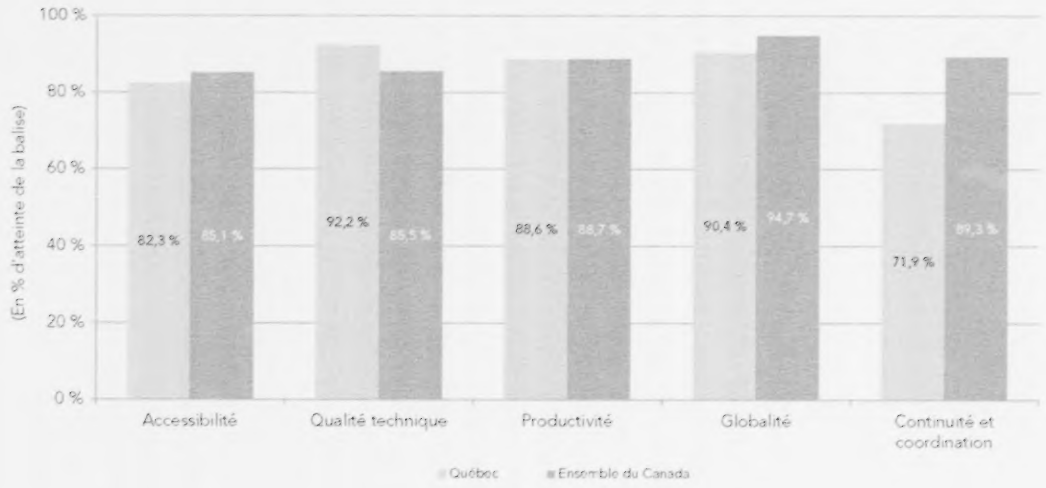
4. Pour plus d'information sur le sondage du Commonwealth Fund, consulter le rapport complet sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

- Que soit introduite une fonction de gestion de cas complexes en première ligne de soins associée à l'établissement de critères de stratification des clientèles pour identifier qui devrait faire l'objet d'une gestion de cas. [L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)], les directions du ministère de la Santé et des Services sociaux et les professionnels touchés devraient être mis à profit dans l'élaboration de tels critères.

Les constats faits par le Commissaire en 2010 demeurent d'actualité, à la lueur des résultats obtenus pour la dimension de la continuité et coordination. La figure 6 présente les résultats comparatifs du Québec et de l'ensemble du Canada pour les dimensions de la production.

Figure 6

DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES POUR LES DIMENSIONS DE LA FONCTION DE PRODUCTION AU QUÉBEC ET AU CANADA



Atteinte des buts

La section qui suit présente les résultats du Québec pour les dimensions et les sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts. Celles-ci sont définies dans le tableau 3.

Tableau 3
DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS AU NIVEAU PROVINCIAL

Atteinte des buts – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Efficacité	Efficacité populationnelle : habitudes de vie	Exercer une influence positive afin de contribuer à l'appropriation de bonnes habitudes de vie (ex. : taux de tabagisme)
	Efficacité populationnelle : morbidité et mortalité infantile	Diminuer la morbidité et la mortalité chez les jeunes enfants (ex. : taux de mortalité infantile)
	Efficacité populationnelle : mortalité évitable	Exercer une influence positive afin d'éviter les décès liés à des causes traitables ou ayant pu être prévenus (ex. : taux de mortalité liée à des causes traitables)
	Efficacité populationnelle : santé mentale	Exercer une influence positive sur la santé mentale de la population (ex. : taux de mortalité par suicide)
	Efficacité populationnelle : santé générale	Exercer une influence positive sur la santé générale de la population (ex. : espérance de vie à 65 ans)
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	Satisfaire les attentes de la population par rapport au système (ex. : proportion des personnes qui considèrent avoir une bonne santé)
Équité	Équité de santé intraprovinciale en fonction du genre	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du sexe (ex. : écart intrarégional entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans)
	Équité de santé en fonction du revenu	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du revenu (ex. : ratio des taux de disparité de revenu pour un événement d'infarctus aigu du myocarde)
	Équité interprovinciale des dépenses de santé	Favoriser un investissement collectif équitable dans les soins et services de santé (ex. : proportion des dépenses publiques de santé)

L'atteinte des buts se mesure d'abord par la dimension de l'efficacité. L'efficacité populationnelle, qui correspond à la capacité du système de santé et de services sociaux à influencer positivement la santé et ses déterminants, se décline en regard des habitudes de vie. Le Québec arrive au 2e rang à l'échelle canadienne avec un résultat de balisage de 94,5%. La province se classe cependant au 8e rang pour l'indicateur de la proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs. Bien que le taux d'obésité soit parmi les plus faibles au Canada (2e rang et 99,4% d'atteinte de la balise), sa comparaison étendue aux meilleurs pays de l'OCDE (72,1% d'atteinte de la balise) rappelle qu'il s'agit d'un enjeu de société dont l'ampleur est croissante. En ce qui concerne la morbidité et la mortalité infantile, le Québec obtient un résultat de 82,4% d'atteinte de la balise et une 4e position. Pour la mortalité évitable, le Québec obtient le 3e rang et un résultat de 95,3% d'atteinte de la balise. C'est en santé mentale que l'efficacité populationnelle du Québec est la plus faible, malgré une proportion élevée de personnes percevant leur santé mentale comme très bonne ou excellente (1er rang). Le taux de mortalité par suicide (7e rang) et les années potentielles de vie perdues par suicide (9e rang) concourent à donner au Québec un résultat de balisage de 79,5% et le 8e rang[5]. En santé générale, le Québec se classe au 1er rang (99,3% d'atteinte de la balise) pour l'espérance de vie à 65 ans et pour la proportion de la population déclarant avoir une santé fonctionnelle « bonne » à « pleine ». Dans l'ensemble, le Québec récolte un excellent résultat (90,2% d'atteinte de la balise) et une position enviable (3e rang) pour la dimension de l'efficacité.

La dimension de la satisfaction globale est représentée par un seul indicateur de satisfaction de la population, soit la proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente. Le Québec obtient le 4e rang avec un résultat de 97,8% d'atteinte de la balise.

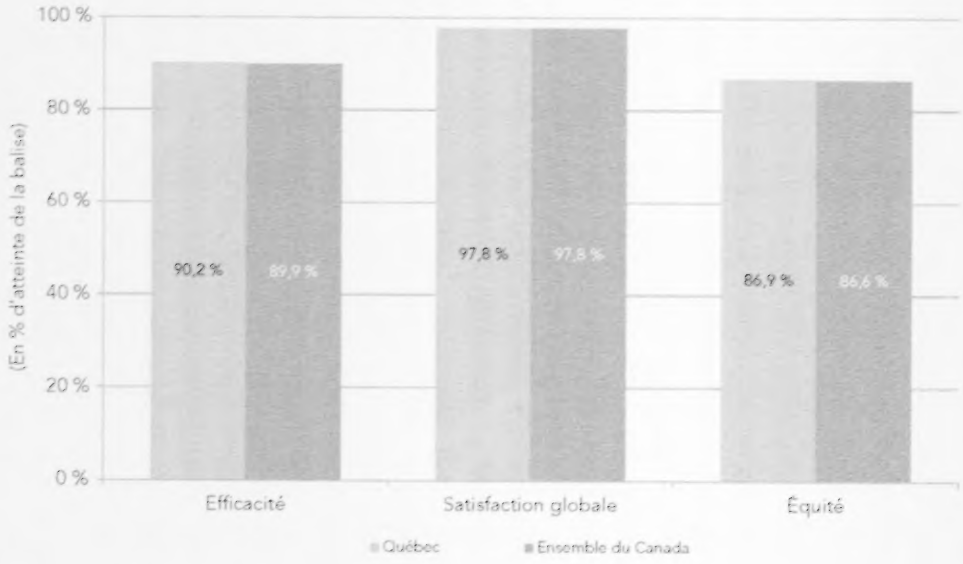
La mesure de l'équité, c'est-à-dire la capacité du système de permettre à tous d'accéder à un niveau de services correspondant à leurs besoins et d'améliorer leur état de santé, se compose de trois sous-dimensions. Pour la sous-dimension de l'équité de santé intra-provinciale en fonction du genre, le Québec obtient un résultat de 92,5% d'atteinte de la balise, un résultat semblable à celui de la plupart des provinces canadiennes. Pour l'équité de santé en fonction du revenu, le Québec a un 5e rang et un résultat de balisage de 75,8%. Quant à l'équité interprovinciale des dépenses de santé, reflétée par le ratio établi entre les dépenses publiques de santé et les dépenses totales de santé, le Québec arrive en 7e position, malgré un résultat de 92,4% d'atteinte de la balise. Certaines des données disponibles relatives à la mesure de l'équité datent cependant de quelques années déjà, il faut donc les interpréter avec prudence.

5. Pour plus d'information sur les indicateurs en santé mentale, consulter le *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale* dans le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca

La figure 7 présente les résultats comparatifs du Québec et de l'ensemble du Canada pour les dimensions de l'atteinte des buts.

Figure 7

DEGRÉ D'ATTEINTE DES BALISES POUR LES DIMENSIONS DE LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS AU QUÉBEC ET AU CANADA



ANALYSE DES RELATIONS ENTRE LES FONCTIONS DE LA PERFORMANCE AU NIVEAU PROVINCIAL

Comme il a été mentionné dans la section sur la méthode d'analyse, le regard porté sur la dynamique des provinces vise à mettre en relation les fonctions de la performance afin d'évaluer l'équilibre relatif ou la dynamique de tension qui peut exister entre elles, c'est-à-dire les répercussions possibles de la performance de l'une sur l'autre. Ainsi, les liens qui existent entre les dimensions et les sous-dimensions du modèle permettent d'interpréter les résultats des analyses avec plus de perspective, au-delà du regard porté sur chaque dimension prise individuellement. C'est l'objectif de l'analyse des alignements. Les relations retenues pour l'analyse au niveau provincial sont l'alignement allocatif, l'analyse de l'efficience et l'arbitrage de production.

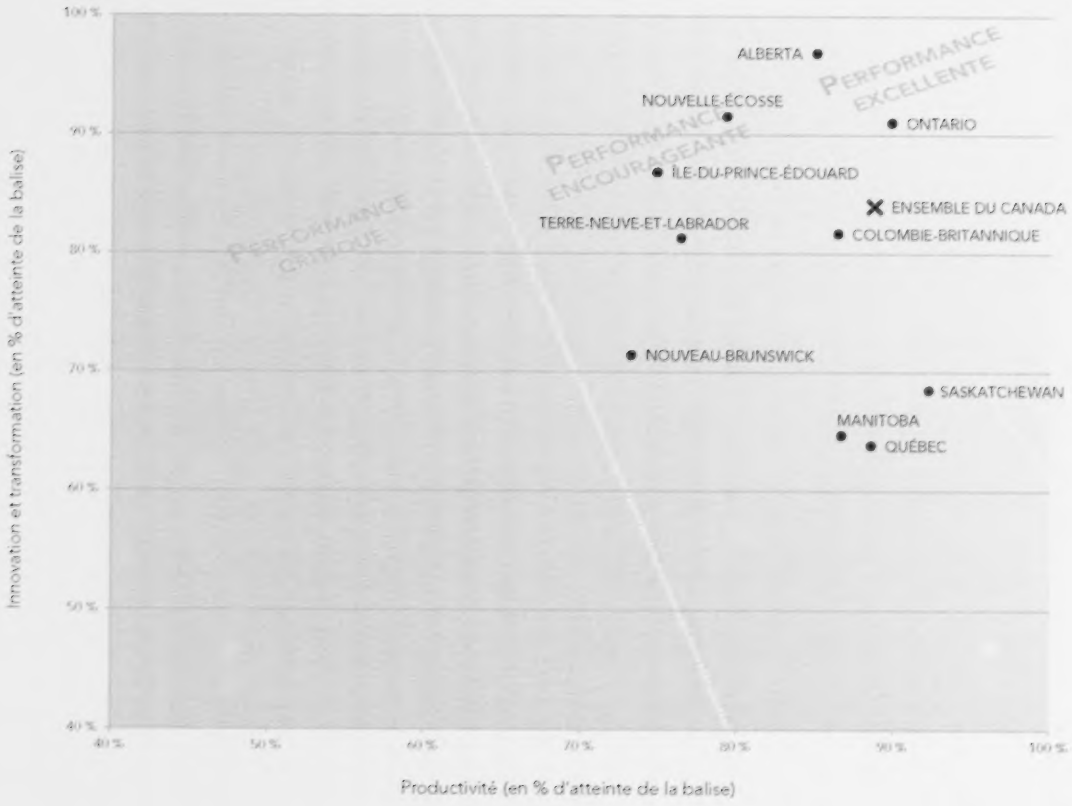
Alignement allocatif

L'alignement allocatif évalue le lien entre la capacité de s'adapter et de répondre aux impératifs du système de production. La dimension de l'innovation et transformation, plus précisément l'utilisation des technologies informatiques par les médecins, est mise en relation avec le niveau de productivité ou de continuité et coordination, étant donné que l'utilisation des technologies informatiques peut influencer ces deux aspects du système de production.

La figure 8 montre la relation entre la dimension de l'innovation et transformation et celle de la productivité. Les zones de performance indiquent la capacité à obtenir un haut degré de productivité ou de continuité et coordination en fonction du niveau d'innovation et transformation. La figure 9, quant à elle, illustre l'alignement entre l'innovation et transformation et la continuité et coordination.

Figure 8

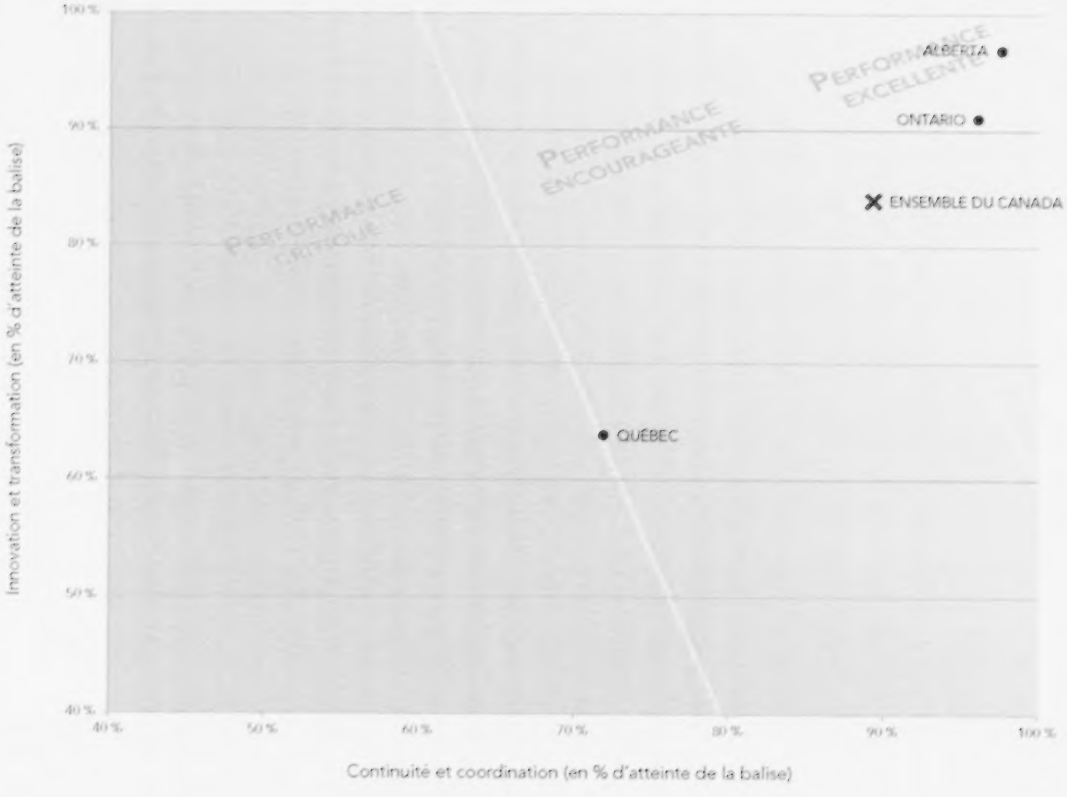
ANALYSE PROVINCIALE DE L'ALIGNEMENT ALLOCATIF ENTRE L'INNOVATION ET TRANSFORMATION ET LA PRODUCTIVITÉ



La plupart des provinces se trouvent, à l'instar du Québec, dans une zone de performance encourageante. La figure 8 illustre que, malgré un faible résultat en innovation et transformation (63,8% d'atteinte de la balise), le Québec obtient tout de même un haut niveau de productivité (88,6% d'atteinte de la balise).

Figure 9

ANALYSE PROVINCIALE DE L'ALIGNEMENT ALLOCATIF ENTRE L'INNOVATION ET TRANSFORMATION ET LA CONTINUITÉ ET COORDINATION[6]



Le résultat en continuité et coordination semble être corrélé à celui en innovation et transformation. La performance du Québec ici est presque critique. Cela indique qu'un faible niveau d'utilisation des technologies informatiques par les médecins peut se répercuter sur la coordination et la continuité des soins. Par conséquent, si l'on cible cette dernière dimension pour améliorer la performance, il faudra également mobiliser un ensemble de mesures en matière d'innovation et transformation, dont l'informatisation est l'un des exemples emblématiques pour le réseau québécois.

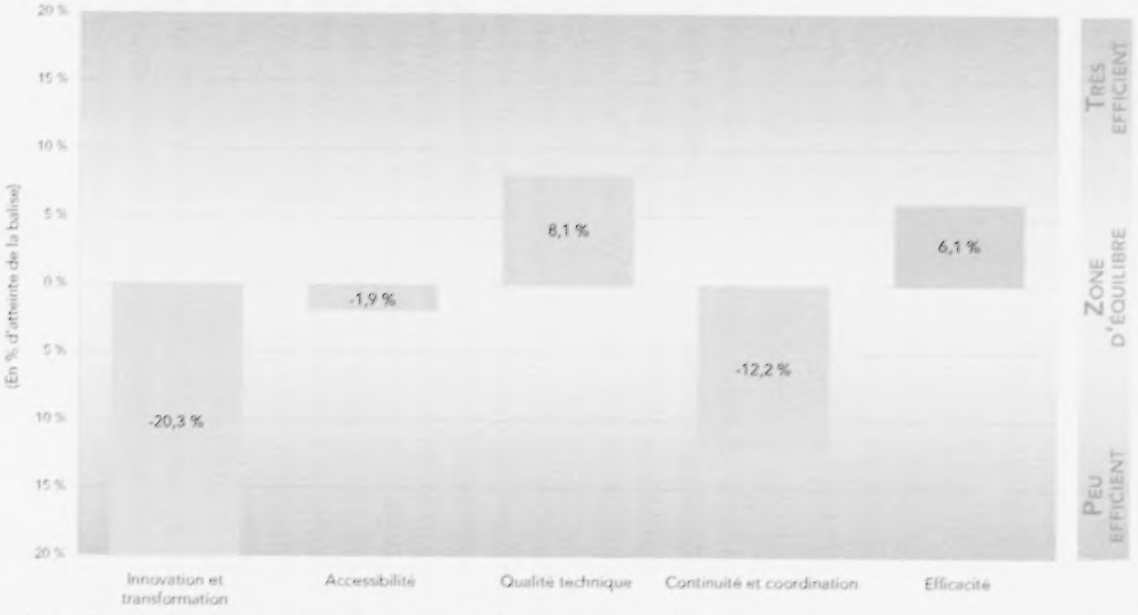
6. La figure 9 situe le Québec, l'Ontario et l'Alberta, seules provinces présentant des résultats pour les indicateurs de la dimension de la continuité et coordination.

Analyse de l'efficience

Pour l'analyse de l'efficience, la disponibilité des ressources est mise en relation avec d'autres dimensions (figure 10). Pour la dimension de la disponibilité des ressources (capacité financière, humaine et matérielle), le Québec obtient un résultat de balisage de 84,2 %. Le résultat de chacune des dimensions est donc toujours comparé à ce résultat général. Le calcul de l'efficience reflète l'écart en points de pourcentage d'atteinte de la balise entre la disponibilité des ressources et cinq autres dimensions. Autrement dit, pour les dimensions présentant un écart négatif, les résultats sont inférieurs aux ressources disponibles, et vice-versa.

Figure 10

ANALYSE PROVINCIALE DE L'EFFICIENCE : ÉCART ENTRE LA DIMENSION DE LA DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES ET CERTAINES DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE*



* Les couleurs correspondent aux couleurs des fonctions auxquelles appartient chacune des dimensions présentées.
Orange : adaptation
Vert : production
Bleu : atteinte des buts

En vertu des ressources dont dispose le système de santé et de services sociaux québécois, le Québec se situe dans une zone d'équilibre de l'efficience pour l'accessibilité. On note aussi qu'en fonction des ressources, la performance du Québec pour la qualité technique et l'efficacité est avantageuse. Cependant, compte tenu des ressources disponibles, la performance en innovation et transformation, de même qu'en continuité et coordination, devrait être supérieure.

Arbitrage de production

L'arbitrage de production est une relation qui s'observe lorsque deux dimensions entrent en compétition et peuvent ainsi agir au détriment l'une de l'autre. Par exemple, la recherche d'une grande productivité peut nuire à la qualité des soins. Dans ce cas, la performance est l'expression d'un équilibre entre les exigences de chaque dimension, qui peuvent être contradictoires. Dans la fonction de production, le système québécois présente une excellente performance quant à l'équilibre entre la qualité technique et la productivité (figure 11), de même qu'entre la qualité technique et l'accessibilité (figure 12). Les relations entre la continuité et coordination et la qualité technique (figure 13) et la productivité (figure 14) montrent, quant à elles, une position dans la zone de tension.

Figure 11

ANALYSE PROVINCIALE DE L'ARBITRAGE DE PRODUCTION ENTRE LA QUALITÉ TECHNIQUE ET LA PRODUCTIVITÉ

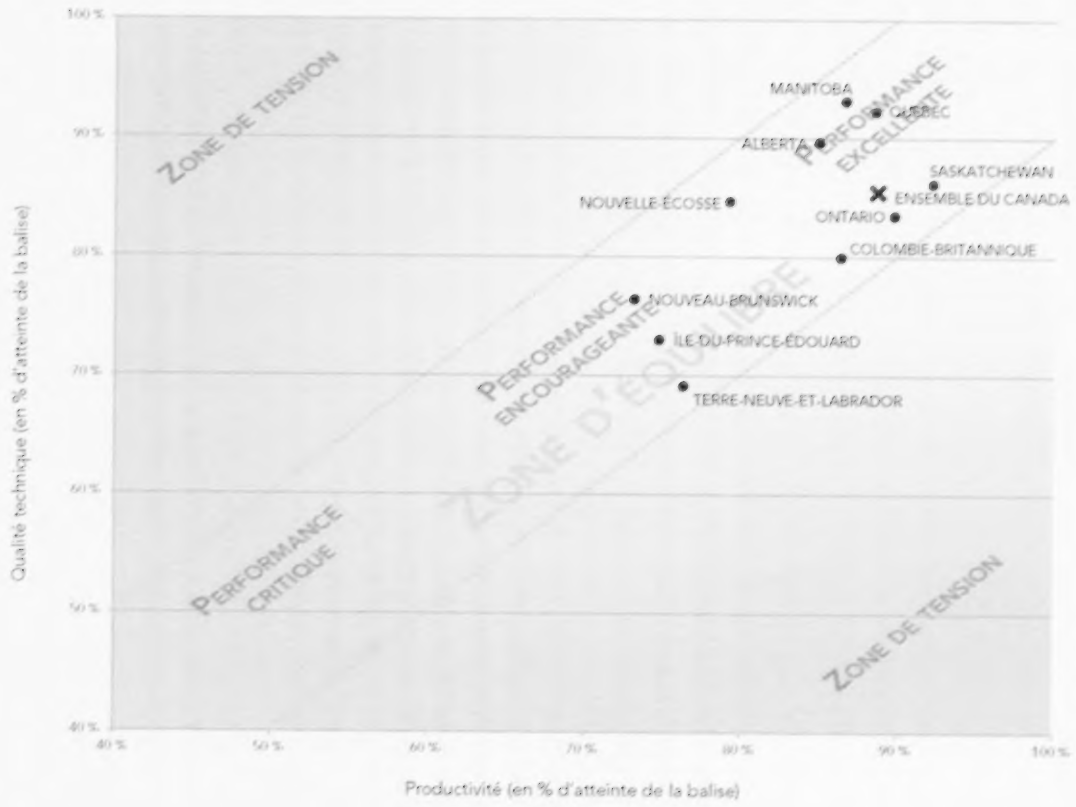


Figure 12

ANALYSE PROVINCIALE DE L'ARBITRAGE DE PRODUCTION ENTRE L'ACCESSIBILITÉ ET LA QUALITÉ TECHNIQUE

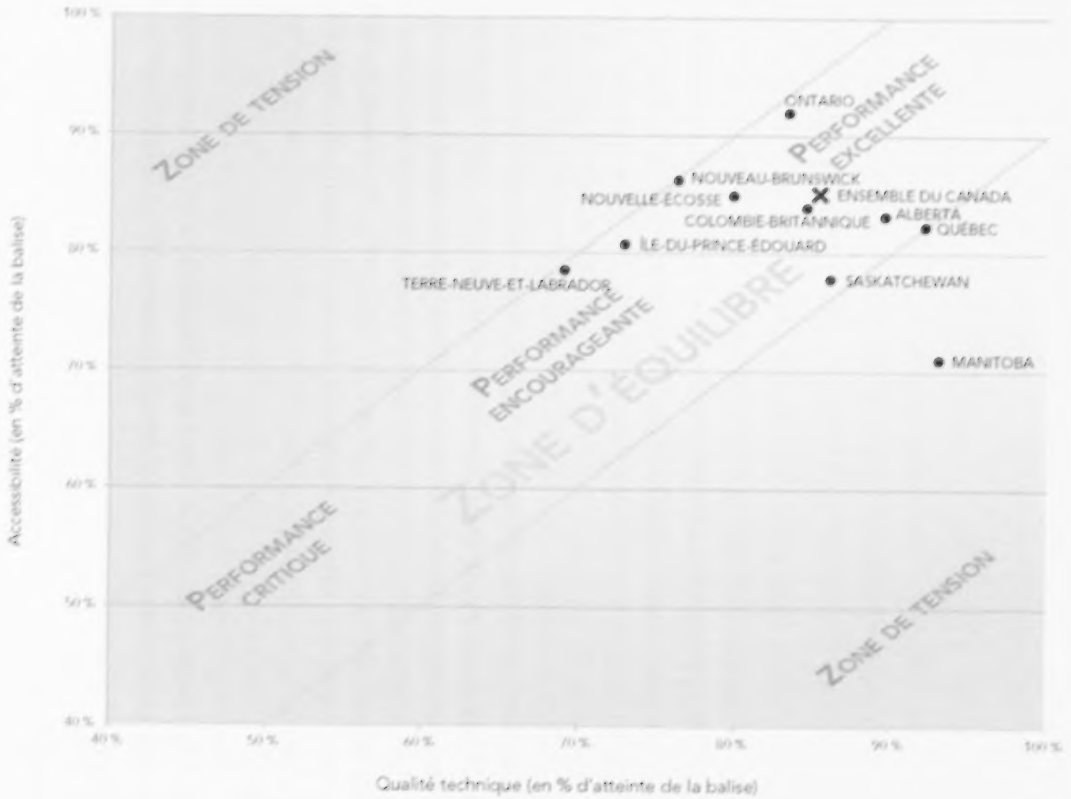


Figure 13

ANALYSE PROVINCIALE DE L'ARBITRAGE DE PRODUCTION ENTRE LA QUALITÉ TECHNIQUE ET LA CONTINUITÉ ET COORDINATION

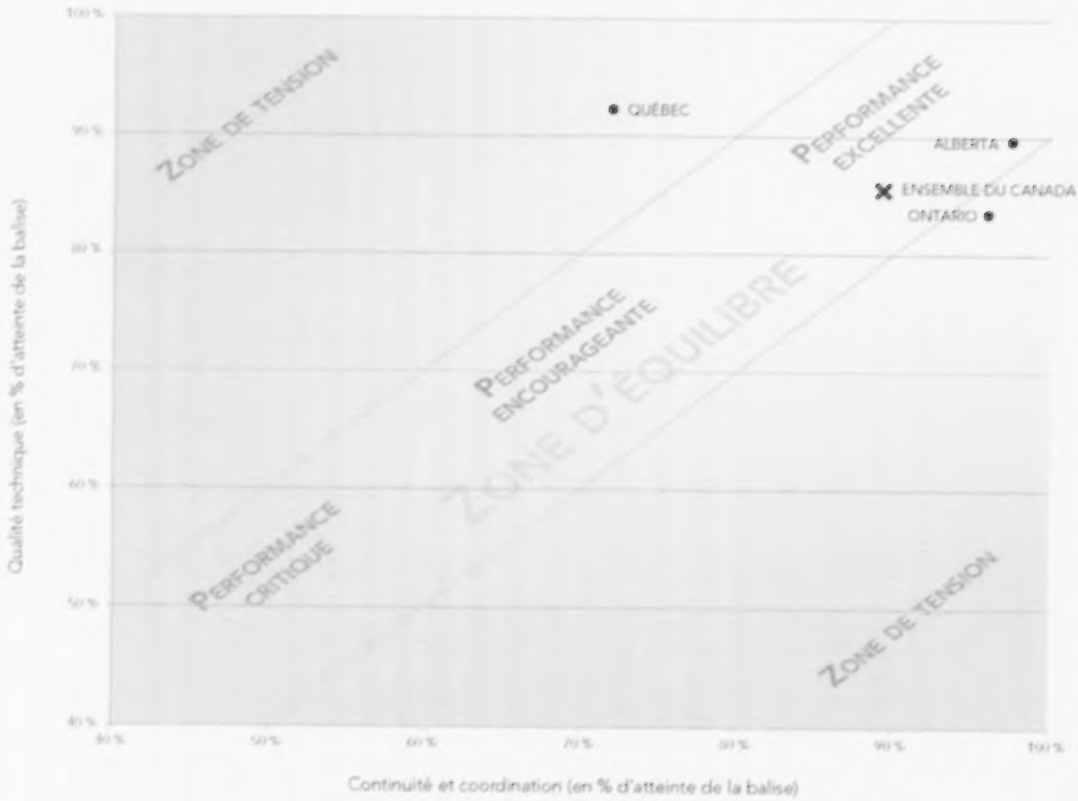
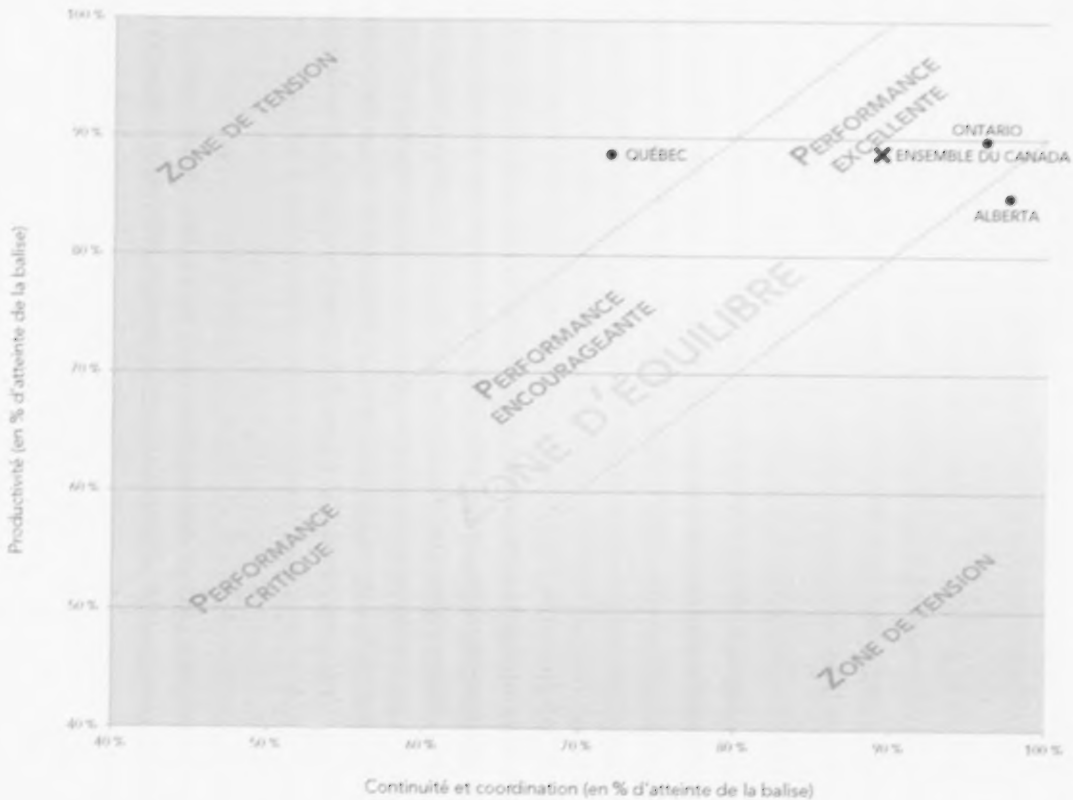


Figure 14

ANALYSE PROVINCIALE DE L'ARBITRAGE DE PRODUCTION ENTRE LA PRODUCTIVITÉ ET LA CONTINUITÉ ET COORDINATION



L'analyse des quatre graphiques précédents indique que les résultats du Québec pour la qualité technique, la productivité et l'accessibilité peuvent être avantageux, mais au détriment de la continuité et coordination, ce qui entraîne certains déséquilibres dans l'arbitrage de production. Améliorer la continuité et la coordination apparaît donc comme un enjeu primordial pour l'équilibre du système de production en santé et en services sociaux.

RÉUSSITES ET DÉFIS POUR LE QUÉBEC

L'analyse de la performance à l'échelle provinciale indique des résultats favorables pour le Québec. La qualité technique est une dimension pour laquelle le Québec se démarque positivement avec le 2e rang et 92,2% d'atteinte de la balise. La situation est semblable pour la productivité, alors que le Québec obtient le 3e rang et 88,6% d'atteinte de la balise. La dimension de la globalité fait état pour le Québec d'une très bonne performance (90,4%), malgré un 8e rang parmi les provinces canadiennes. Le résultat de 90,2% d'atteinte de la balise et le 3e rang pour la dimension de l'efficacité placent le Québec parmi les provinces les plus performantes à cet égard. Pour ce qui est de l'accessibilité, le Québec obtient un résultat de balisage de 82,3% et le 6e rang, ce qui le situe légèrement en dessous de l'ensemble du Canada (85,1% d'atteinte de la balise).

Le Québec fait aussi face à plusieurs défis. D'abord, il obtient le 10e rang en innovation et transformation, en vertu de la faible utilisation des dossiers électroniques et des technologies informatiques par les médecins, une performance préoccupante. Rappelons que, dans son rapport de 2009, qui portait sur la première ligne de soins, le Commissaire recommandait notamment de « soutenir l'implantation du dossier médical informatisé et du dossier de santé partageable » (CSBE, 2009, p. 44). La dimension de la continuité et coordination est aussi un aspect préoccupant du système de santé et de services sociaux québécois. En effet, le Québec a un résultat de 71,9% d'atteinte de la balise et le 3e rang sur 3 provinces, alors que l'Alberta (97,6% d'atteinte de la balise) et l'Ontario (96,1% d'atteinte de la balise) obtiennent des résultats beaucoup plus élevés. Ce constat souligne la nécessité d'optimiser les ressources du réseau de la santé et des services sociaux par une meilleure continuité et une meilleure coordination des services. Cet enjeu a été révélé par l'analyse de l'efficience et indique que les Québécois n'obtiennent pas les résultats correspondant aux ressources investies à ce chapitre. Le Québec a aussi une faible mobilisation de la communauté, avec une 9e position et un pourcentage d'atteinte de la balise de 59,2%. Finalement, la faible utilisation des technologies informatiques par les médecins est liée à une faible coordination et à une faible continuité des soins au Québec.

Tableau 4

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Disponibilité des ressources	Capacité financière	25,0 %	Total des dépenses de santé par habitant, en $ CAN	2010-2011
		25,0 %	Dépenses publiques de santé par habitant, en $ CAN	2010-2011
		50,0 %	Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB)	2010-2011
		33,3 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Capacité humaine	27,5 %	Nombre de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	2010
		27,5 %	Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants	2010
		0,0 %	Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	2010
		35,0 %	Nombre d'infirmières, pour 1 000 habitants	2010
		10,0 %	Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants	2011
		33,3 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Capacité matérielle	50,0 %	Nombre d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants	2011
		50,0 %	Nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants	2011
		33,3 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
Innovation et transformation	Utilisation des technologies informatiques par les médecins	11,1 %	Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des collègues à des fins cliniques, en %	2009-2010
		22,2 %	Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des patients à des fins cliniques, en %	2009-2010
		33,3 %	Proportion des médecins utilisant des dossiers papier et électroniques, ou seulement électroniques, en %	2009-2010
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec d'autres systèmes externes pour l'accès aux renseignements ou le partage des renseignements concernant les patients, en %	2009-2010
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique, en %	2009-2010
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant des systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions médicamenteuses indésirables dans les soins aux patients, en %	2009-2010
		100,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	6884	6115	6288	6358	5261	5792	6463	6421	6570	5450	5811	8996	10242	11929
	5300	4488	4316	4341	3709	3913	4828	4865	4842	3887	4086	7102	8441	11113
	11,7	17,2	15,6	15,6	12,4	11,9	14,2	10,1	8,6	11,6	11,6	12,4	8,8	21,3
	86,3 %	95,5 %	93,6 %	94,0 %	76,8 %	78,2 %	92,5 %	79,8 %	75,6 %	75,9 %	78,3 %	88,4 %	77,3 %	100,0 %
	1,19	0,89	1,14	1,09	1,11	0,92	0,98	0,95	1,09	1,18	1,03	1,81	0,55	0,30
	1,08	0,76	1,11	0,97	1,13	0,97	0,88	0,74	1,02	0,95	1,00	0,29	0,23	0,09
	2,26	1,64	2,25	2,05	2,24	1,89	1,86	1,69	2,11	2,13	2,03	2,10	0,78	0,39
	11,8	10,2	9,7	10,7	8,4	7,2	9,4	9,1	7,7	6,8	7,9	10,3	25,3	-
	127,1	121,8	125,2	100,8	95,0	81,5	104,2	113,4	104,1	92,3	93,0	88,8	43,7	90,0
	99,3 %	82,3 %	95,4 %	92,3 %	88,1 %	75,3 %	83,4 %	79,0 %	84,0 %	80,3 %	81,8 %	75,0 %	57,1 %	-
	25,4	13,8	16,9	23,9	16,6	13,2	16,1	14,3	12,8	14,7	14,8	29,1	22,9	-
	5,9	6,9	9,5	8,0	10,7	7,4	6,4	4,8	9,6	9,0	8,5	-	-	-
	79,7 %	66,0 %	86,1 %	90,3 %	87,6 %	67,2 %	68,7 %	56,6 %	77,3 %	78,6 %	76,3 %	-	-	-
	46,8	56,1	55,2	53,3	57,4	60,5	53,1	55,0	59,7	56,7	58,2	-	-	-
	11,1	16,3	17,3	10,2	13,7	17,9	13,6	11,3	15,7	19,7	16,3	0	0	0
	57,3	53,7	58,2	43,3	31,6	56,7	40,9	41,0	66,4	55,1	50,2	0	0	0
	33,4	38,5	27,2	34,1	16,4	27,0	9,8	14,4	36,8	30,8	25,4	0	0	0
	42,1	49,4	43,3	39,9	36,9	33,0	22,8	29,2	49,9	44,4	37,7	0	0	0
	16,8	10,6	21,9	12,3	12,2	24,8	16,6	24,0	26,2	20,5	20,4	0	0	0
	81,2 %	86,8 %	91,5 %	71,4 %	63,8 %	91,0 %	64,7 %	68,5 %	96,8 %	81,7 %	83,9 %	-	-	-

Tableau 4 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	100,0 %	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	2010-2011
		50,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Facilité d'entrée	100,0 %	Proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier, en %	2011
		50,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Adéquation de l'utilisation : examens diagnostiques	50,0 %	Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants	2011
		50,0 %	Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants	2011
		0,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Adéquation de l'utilisation : services hospitaliers	0,0 %	Taux normalisé d'hospitalisations en soins de courte durée, pour 1 000 habitants	2010-2011
		0,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Adéquation de l'utilisation : chirurgies	0,0 %	Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2010-2011
		0,0 %	Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2010-2011
		0,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	50,0 %	Valeur moyenne des dons annuels en santé et en services sociaux, par habitant de 15 ans et plus, en $ CAN	2010
		50,0 %	Nombre moyen annuel d'heures de bénévolat en santé et en services sociaux, par habitant de 15 ans et plus	2010
		100,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
Viabilité	Santé administrative	100,0 %	Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, en %	2010-11
		100,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

( ) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	461	515	334	474	289	274	329	478	309	263	299	504	644	913
	59,7 %	53,5 %	82,4 %	58,1 %	95,3 %	100,0 %	83,7 %	57,6 %	89,1 %	100,0 %	92,1 %	54,6 %	42,8 %	30,2 %
	91,1	87,4	93,5	92,5	74,5	90,9	86,2	80,5	79,7	86,1	84,7	79,4	36,4	15,5
	95,9 %	92,0 %	98,4 %	97,4 %	78,4 %	95,7 %	90,7 %	84,7 %	83,9 %	90,6 %	89,2 %	83,6 %	38,3 %	16,3 %
	157	111	168	196	149	116	133	154	98	111	126	84	107	-
	28	31	41	50	43	55	47	36	54	29	47	0	0	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	91,6	99,3	77,7	98,6	74,7	69,6	88,2	109,0	83,9	73,8	76,4	113,1	144,0	148,9
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	70	78	109	100	71	109	121	128	117	108	100	120	139	108
	136	140	180	150	116	181	181	210	174	156	160	212	126	490
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	69,8	96,3	84,1	56,9	61,6	119,9	89,5	77,8	103,5	108,7	97,5	-	-	-
	25,0	16,6	-	-	13,6	18,8	14,2	12,5	13,8	21,3	16,9	-	-	-
	81,5 %	81,7 %	76,0 %	51,4 %	59,2 %	93,3 %	73,1 %	63,9 %	78,5 %	98,2 %	83,0 %	-	-	-
	5,5	-	4,9	4,8	4,8	6,2	4,5	4,5	3,3	3,5	4,8	8,1	10,4	-
	68,8 %	-	77,8 %	79,1 %	78,4 %	61,6 %	83,3 %	83,4 %	100,0 %	100,0 %	78,6 %	46,8 %	36,3 %	-

Tableau 5

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Accessibilité	Délais d'attente : médecins	50,0 %	Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour une visite chez un médecin spécialiste, en %	2011
		50,0 %	Proportion des personnes ayant eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi au cours des 12 derniers mois, en %	2011
		33,3 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Délais d'attente : tests diagnostiques	100,0 %	Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques, en %	2011
		16,7 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Délais d'attente : chirurgies	50,0 %	Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour une chirurgie non urgente, en %	2011
		16,7 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie de la hanche, en %	2011
		16,7 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie du genou, en %	2011
		16,7 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de quatre mois pour une chirurgie de la cataracte, en %	2011
		50,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
Qualité technique	Pertinence des soins	50,0 %	Taux de césariennes, en %	2009-2010
		50,0 %	Taux d'accouchements vaginaux après une césarienne, en %	2009-2010
		40,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Qualité d'exécution	0,0 %	Taux de réadmissions générales dans les 30 jours, en %	2009-2010
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %	2009-2010
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %	2009-2010
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	2009-2010
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins pédiatriques, en %	2009-2010
		60,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	34,4	46,2	41,1	41,2	47,7	45,7	37,9	44,4	41,5	41,4	44,5	-	-	-
	14,5	23,0	15,6	11,4	23,5	12,9	18,1	18,0	17,8	12,8	16,8	-	-	-
	79,6 %	76,5 %	83,8 %	94,3 %	76,3 %	97,0 %	74,9 %	82,1 %	79,3 %	92,8 %	84,6 %	-	-	-
	48,4	65,6	62,4	46,8	59,0	50,7	46,8	58,8	59,0	58,2	54,7	-	-	-
	78,7 %	100,0 %	100,0 %	76,1 %	95,9 %	82,4 %	76,1 %	95,6 %	95,9 %	94,6 %	88,9 %	-	-	-
	35,5	38,1	44,9	41,7	34,2	40,6	30,8	31,0	39,5	33,8	37,5	-	-	-
	82	71	62	72	82	90	59	75	80	76	82	-	-	-
	62	55	44	53	78	85	52	62	70	67	75	-	-	-
	71	67	65	85	88	88	71	58	59	76	82	-	-	-
	77,7 %	77,1 %	78,5 %	84,2 %	81,7 %	91,7 %	66,7 %	69,1 %	81,4 %	76,4 %	84,1 %	-	-	-
	34,2	30,7	24,6	31,1	22,3	27,3	20,2	21,5	26,3	27,7	25,7	19,5	21,4	13,7
	4,6	8,2	16,7	11,9	18,5	14,2	32,6	24,7	20,2	16,6	17,2	16,2	29,2	41,3
	38,2 %	48,4 %	73,0 %	55,3 %	80,6 %	64,0 %	99,6 %	94,4 %	77,1 %	68,3 %	72,2 %	81,4 %	96,7 %	95,5 %
	8,58	8,77	8,16	8,40	7,90	8,33	8,69	9,53	8,32	9,02	8,40	-	-	-
	6,5	6,7	6,1	6,5	5,9	6,6	6,5	7,6	6,4	7,0	6,5	-	-	-
	13,2	13,3	12,6	12,9	12,4	13,0	13,2	14,6	13,1	14,0	13,1	-	-	-
	3,12	3,21	2,23	2,38	1,95	1,67	2,80	2,60	1,90	2,52	2,04	-	-	-
	6,0	6,9	6,9	7,1	6,0	6,2	6,5	7,1	6,0	6,2	6,2	-	-	-
	89,7 %	89,3 %	92,4 %	90,4 %	100,0 %	96,4 %	88,9 %	80,7 %	98,0 %	87,7 %	94,3 %	-	-	-

Tableau 5 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Productivité	Productivité technique	50,0 %	Nombre moyen d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie (TDM), ratio	2010-2011
		50,0 %	Nombre moyen d'examens réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ratio	2010-2011
		20,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Productivité clinique	25,0 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers	2010-2011
		25,0 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic	2010-2011
		25,0 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	2010-2011
		25,0 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	2010-2011
		80,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
Globalité	Globalité des services	50,0 %	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	2011
		50,0 %	Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %	2008
		100,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
Continuité et coordination	Perception des usagers de la coordination	20,0 %	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont expérimenté un bon niveau de coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, en %	2011
		20,0 %	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui relèvent qu'un médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins, en %	2011
		20,0 %	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont relevé un problème de coordination lié aux examens ou aux dossiers médicaux au cours des deux dernières années, en %	2011
		20,0 %	Proportion des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont eu une opération chirurgicale ayant bénéficié d'une bonne coordination des soins à la sortie de l'hôpital, en %	2011
		20,0 %	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant une personne qui se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques, en %	2011
		100,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

( ) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	6189	8030	9955	8202	8921	8790	8238	10737	7655	7562	8518	2915	4675	-
	4820	4459	4337	6261	3970	7358	7281	7571	5631	3267	5441	-	-	-
	63,9 %	70,8 %	79,3 %	83,8 %	72,0 %	94,2 %	90,9 %	100,0 %	76,8 %	60,4 %	79,9 %	-	-	-
	55,2	62,3	-	57,3	50,2	42,6	53,3	52,8	54,0	45,3	47,9	57,8	71,1	-
	1,26	1,02	-	1,95	1,48	1,61	1,33	1,24	1,60	1,44	1,53	2,13	1,15	-
	3,36	3,74	-	3,05	1,93	2,32	-	2,69	2,37	2,27	2,21	4,79	3,87	-
	3,15	3,39	-	3,43	2,34	2,74	2,94	2,45	2,47	2,56	2,61	4,61	1,26	-
	79,5 %	75,8 %	-	70,6 %	92,7 %	88,7 %	85,6 %	90,3 %	87,1 %	92,9 %	91,0 %	58,1 %	80,2 %	-
	55,5	61,5	75,0	67,0	56,9	68,6	62,1	61,9	67,6	63,7	64,4	72,3	65,9	-
	71,4	61,0	69,0	74,0	73,9	73,2	71,0	73,6	74,0	67,9	72,5	66,2	68,4	-
	87,7 %	84,9 %	96,6 %	97,6 %	90,4 %	98,2 %	92,1 %	93,7 %	98,0 %	91,1 %	94,7 %	94,7 %	93,0 %	-
	-	-	-	-	57	78	-	-	80	-	73	-	-	-
	-	-	-	-	51	73	-	-	77	-	68	-	-	-
	-	-	-	-	22	25	-	-	22	-	24	-	-	-
	-	-	-	-	39	53	-	-	51	-	48	-	-	-
	-	-	-	-	35	72	-	-	66	-	61	-	-	-
	-	-	-	-	71,9 %	96,1 %	-	-	97,6 %	-	89,3 %	-	-	-

Tableau 6

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Efficacité	Efficacité populationnelle : habitudes de vie	16,7 %	Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %	2011
		16,7 %	Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour, en %	2011
		16,7 %	Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	2011
		16,7 %	Taux de tabagisme, en %	2011
		16,7 %	Taux de consommation d'alcool, en %	2011
		16,7 %	Taux d'allaitement, en %	2011
		20,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Efficacité populationnelle : morbidité et mortalité infantile	33,3 %	Proportion des naissances de faible poids, en %	2009
		33,3 %	Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	2009
		33,3 %	Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	2009
		20,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Efficacité populationnelle : mortalité évitable	100,0 %	Taux de mortalité liée à des causes traitables, pour 100 000 habitants	2006-2008
		20,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Efficacité populationnelle : santé mentale	33,3 %	Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %	2011
		33,3 %	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	2009
		33,3 %	Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2007
		20,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Efficacité populationnelle : santé générale	50,0 %	Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %	2010
		50,0 %	Espérance de vie à 65 ans, en années	2006-2008
		20,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	50,1	51,3	46,3	49,0	49,1	46,4	46,2	46,4	44,6	40,4	46,2	38,3	48,2	62,7
	26,8	32,7	34,9	35,9	46,8	38,4	36,3	32,9	41,7	40,7	40,4	41,5	29,3	20,2
	27,3	23,4	23,6	24,9	16,9	18,4	21,8	21,9	19,1	15,1	18,3	18,7	27,2	24,4
	20,4	21,0	21,8	21,7	21,0	19,4	20,0	23,8	21,7	15,8	19,9	29,3	34,9	59,7
	26,4	19,5	20,3	21,7	18,5	18,3	22,9	21,7	21,3	16,6	19,0	24,6	31,2	26,1
	54,3	91,8	80,2	69,5	88,7	87,1	94,4	85,3	93,3	94,2	88,4	93,0	97,7	73,0
	71,1 %	84,9 %	84,0 %	80,1 %	94,5 %	93,3 %	87,6 %	82,9 %	91,7 %	99,1 %	93,4 %	86,7 %	71,7 %	60,4 %
	5,5	6,5	5,8	6,1	5,8	6,4	5,5	5,7	6,9	5,4	6,1	6,8	4,8	8,4
	6,3	3,4	3,4	5,8	4,4	5,0	6,3	6,7	5,5	3,6	4,9	7,8	15,5	14,8
	5,1	2,7	2,6	3,5	3,5	3,9	4,6	3,6	4,2	2,5	3,7	5,2	12,7	9,1
	68,5 %	93,5 %	98,1 %	74,6 %	82,4 %	73,8 %	70,3 %	73,3 %	68,1 %	98,8 %	76,9 %	58,3 %	47,6 %	39,0 %
	88	75	72	61	64	67	83	80	67	58	66	-	-	-
	69,3 %	81,3 %	84,7 %	100,0 %	95,3 %	91,0 %	73,5 %	76,3 %	91,0 %	100,0 %	92,4 %	-	-	-
	73,2	70,6	72,8	68,0	75,2	72,7	67,5	68,4	74,4	69,7	72,6	64,6	61,3	53,8
	8,9	10,8	13,0	10,4	12,5	8,5	14,1	15,5	12,2	10,2	10,7	5,1	14,9	57,1
	341	330	282	373	443	269	370	509	433	310	351	252	930	3208
	94,3 %	89,0 %	89,6 %	85,7 %	79,5 %	99,3 %	77,9 %	69,3 %	80,6 %	92,2 %	88,5 %	95,7 %	58,4 %	32,5 %
	79,4	81,5	75,9	77,3	85,6	79,8	77,0	80,0	81,9	80,3	81,2	80,9	79,9	82,6
	18,0	19,4	19,1	19,4	20,0	20,2	19,5	19,6	20,1	20,5	20,0	16,7	16,7	16,7
	92,2 %	97,0 %	92,8 %	94,4 %	99,3 %	97,9 %	94,5 %	96,5 %	98,9 %	98,4 %	98,3 %	89,9 %	89,3 %	91,0 %

Tableau 6 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	100,0 %	Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente, en %	2011
		100,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
Équité	Équité de santé intraprovinciale en fonction du genre	50,0 %	Écart intraprovincial entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	2006-2008
		50,0 %	Écart intraprovincial entre les genres pour les années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, ratio	2005-2007
		33,3 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Équité de santé en fonction du revenu	100,0 %	Ratio des taux de disparité de revenu pour un événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation	2010-2011
		33,3 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Équité interprovinciale des dépenses de santé	100,0 %	Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé	2011
		33,3 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

( ) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	60,9	59,0	58,5	53,9	59,9	59,9	56,7	56,8	62,0	60,9	59,9	59,1	49,8	40,6
	99,4 %	96,3 %	95,5 %	88,0 %	97,8 %	97,8 %	92,5 %	92,7 %	100,0 %	99,4 %	97,8 %	96,5 %	81,3 %	66,3 %
	2,9	3,4	3,3	3,2	3,3	3,1	3,5	3,4	3,2	2,8	3,2	3,1	3,1	3,1
	1,64	1,71	1,71	1,70	1,62	1,57	1,52	1,56	1,59	1,71	1,61	1,64	1,68	2,07
	97,3 %	88,4 %	89,8 %	91,5 %	92,5 %	96,6 %	91,9 %	92,8 %	94,5 %	95,4 %	94,0 %	94,6 %	93,6 %	84,8 %
	1,23	1,36	1,24	1,23	1,32	1,43	1,43	1,56	1,30	1,38	1,37	-	-	-
	81,3 %	73,5 %	80,6 %	81,3 %	75,8 %	69,9 %	69,9 %	64,1 %	76,9 %	72,5 %	73,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	73,8	66,4	63,2	63,4	64,8	62,9	66,0	67,7	68,9	66,1	65,0	65,7	65,3	78,4
	100,0 %	94,7 %	90,1 %	90,4 %	92,4 %	89,7 %	94,1 %	96,5 %	98,2 %	94,2 %	92,7 %	93,7 %	93,1 %	100,0 %

Tableau 7

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Panorama sociosanitaire de la population

INDICATEURS*	ANNÉES	NL TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	PE ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NS NOUVELLE-ÉCOSSE
Espérance de vie à la naissance, en années	2007-2009	78,9	80,2	80,1
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme assez ou extrêmement stressante, en %	2011	12,0	19,0	19,7
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	2008	27,4	34,9	36,0
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations, en %	2010	14,5	12,2	15,5
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants	2010-2011	525	603	492
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2007	497	482	836
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants	2008	182	171	184
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2005-2007	1480	1327	1453
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants	2008	209	168	164
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2005-2007	1032	998	804
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants	2008	51,2	52,6	47,7
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2005-2007	183	224	171

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(-) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	80,2	81,2	81,5	79,5	79,6	80,7	81,7	81,1	75,1	75,1	75,1
	18,9	28,1	23,3	22,4	18,5	25,0	20,4	23,6	22,7	19,5	19,6
	30,7	21,9	23,6	33,8	42,4	25,7	25,8	25,4	50,7	36,6	65,9
	14,6	14,0	14,8	15,7	16,7	17,0	16,2	15,1	18,3	13,7	16,3
	583	514	407	621	772	698	554	514	1156	1222	1042
	873	503	510	898	1014	783	714	615	1662	1905	1665
	178	180	158	168	159	153	147	164	241	234	306
	1287	1395	1199	1320	1199	1149	1137	1255	1673	1149	2441
	154	132	145	172	173	167	149	148	191	165	161
	779	623	627	840	822	652	560	649	660	816	944
	44,9	41,1	36,8	43,8	47,9	44,1	42,2	40,9	79,9	105,1	234,4
	187	146	136	180	213	177	159	154	242	602	727

LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

La section qui suit présente l'analyse des grandes tendances et des résultats pour les régions du Québec, pour chacune des dimensions des quatre fonctions du modèle d'appréciation de la performance utilisé par le Commissaire. Selon les résultats examinés, les observations peuvent porter sur une ou plusieurs régions, ou encore sur des regroupements de régions. La figure 15 définit cinq groupes de régions qui permettent avant tout de synthétiser l'information. Par la suite, l'analyse des relations entre les fonctions de la performance est présentée, ainsi qu'une section portant sur les réussites et les défis des régions du Québec.

Figure 15
GROUPES DE RÉGIONS[7]

RÉGIONS UNIVERSITAIRES

03 Capitale-Nationale
05 Estrie
06 Montréal

RÉGIONS INTERMÉDIAIRES

01 Bas-Saint-Laurent
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean
04 Mauricie et Centre-du-Québec
07 Outaouais

RÉGIONS ISOLÉES

10 Nord-du-Québec
17 Nunavik
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

12 Chaudière-Appalaches
13 Laval
14 Lanaudière
15 Laurentides
16 Montérégie

RÉGIONS ÉLOIGNÉES

08 Abitibi-Témiscamingue
09 Côte-Nord
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

7. Les résultats des régions isolées ne sont pas analysés, car le manque de données ne permet pas d'obtenir les résultats agrégés pour l'ensemble des dimensions et des sous-dimensions.

L'encadré ci-après présente les résultats pour certains indicateurs dressant un panorama sociosanitaire de la population pour les régions ou les groupes de régions du Québec. Ces indicateurs permettent de mieux asseoir l'analyse en prenant acte de la situation comparative des régions à l'égard de la santé de leur population.

Panorama sociosanitaire de la population

Les indicateurs retenus pour le panorama sociosanitaire de la population sont l'espérance de vie à la naissance, le stress perçu par la population, la mortalité par traumatismes non intentionnels et les années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, les hospitalisations à la suite d'une blessure, de même que les années potentielles de vie perdues et la mortalité par cancer ou par maladies du système respiratoire ou circulatoire.

Ces indicateurs montrent que la région de Laval présente des résultats très favorables. Il en est de même pour les régions universitaires et celles en périphérie des régions universitaires. Les régions éloignées et intermédiaires obtiennent des résultats généralement plus bas que ceux de l'ensemble du Québec. C'est ce qu'on constate pour les indicateurs reliés à la mortalité et aux années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire ou circulatoire, de même que pour ceux relatifs aux blessures et à la mortalité par traumatismes non intentionnels.

Adaptation

La fonction d'adaptation comprend une grande quantité d'indicateurs, pour lesquels les dimensions et les sous-dimensions sont présentées dans le tableau 8. La dimension de la viabilité est une nouveauté dans le modèle du Commissaire qui permet de juger de la pérennité du système.

Tableau 8
DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION D'ADAPTATION AU NIVEAU RÉGIONAL

Adaptation – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Disponibilité des ressources	Capacité financière	Se doter de ressources financières (ex. : dépenses de santé par habitant)
	Capacité humaine	Se doter de ressources humaines (ex. : nombre d'infirmières)
	Capacité matérielle	Se doter de ressources matérielles (ex. : nombre de lits de courte durée et nombre de lits de longue durée)
Innovation et transformation	*Utilisation des ressources innovantes	Intégrer des éléments innovateurs sur le plan systémique (ex. : nombre d'infirmières praticiennes spécialisées)
	Utilisation des technologies par les médecins	Intégrer des technologies informatiques innovantes dans la pratique médicale (ex. : utilisation des dossiers électroniques)

Adaptation – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	Prodiguer les services adéquats dans une situation donnée (ex. : hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires)
	Facilité d'entrée	Avoir accès à des professionnels de la santé pour la population (ex. : population ayant un médecin régulier)
	Adéquation de l'utilisation : examens diagnostiques	Utiliser certains examens diagnostiques en fonction des besoins de la population (ex. : nombre d'examens en tomodensitométrie et nombre d'examens en résonance magnétique)
	Adéquation de l'utilisation : services médicaux	Utiliser les services médicaux en fonction des besoins attendus (ex. : indice de consommation des services médicaux spécialisés)
	Adéquation de l'utilisation : services hospitaliers	Utiliser certains services hospitaliers en fonction des besoins de la population (ex. : hospitalisations en soins de courte durée)
	Adéquation de l'utilisation : chirurgies	Pratiquer un nombre de chirurgies en fonction des besoins de la population (ex. : taux d'arthroplasties du genou et taux d'arthroplasties de la hanche)
	*Adéquation de l'utilisation : services CLSC	Utiliser les services offerts par les CLSC en fonction des besoins de la population (ex. : utilisation des services CLSC)
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	Soutenir le système de santé et de services sociaux en matière de solidarité sociale (ex. : dons dans le budget de santé d'une région)
	*Action communautaire	Soutenir le système de santé et de services sociaux grâce aux actions concertées du milieu (ex. : dépenses pour les organismes communautaires)

Adaptation – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
*Attractivité régionale	*Capacité de rétention	Se doter des soins et services permettant de traiter les patients dans la région (ex. : rétention des hospitalisations)
	*Capacité d'attraction	Se doter des soins et services permettant d'attirer des clientèles extrarégionales (ex. : desserte extrarégionale des hospitalisations)
	*Autosuffisance hospitalière	Se doter des soins et services permettant de s'autosuffire (ex. : solde migratoire des hospitalisations)
Viabilité	Santé administrative	Veiller à l'équilibre entre les dépenses administratives et celles vouées aux soins (ex. : proportion des dépenses administratives)
	*Santé financière	Veiller à respecter les budgets (ex. : déficit non autorisé des établissements)
	*Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : infirmières	Attirer et retenir la main-d'œuvre infirmière (ex. : infirmières requises par rapport aux effectifs en emploi)
	*Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins	Attirer et retenir la main-d'œuvre en médecine (ex. : niveau d'atteinte des besoins normalisés en médecins de famille)

* Cette dimension ou cette sous-dimension ne se trouve que dans l'analyse régionale.

En ce qui concerne la disponibilité des ressources, les résultats indiquent que les régions universitaires disposent d'une forte capacité financière, humaine et matérielle, particulièrement Montréal et la Capitale-Nationale. Les régions en périphérie des régions universitaires, de même que l'Outaouais, obtiennent pour leur part des résultats en dessous de ceux de l'ensemble du Québec, alors que les régions éloignées de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont des dotations en ressources plus élevées.

En regard de la dimension de l'innovation et transformation, l'utilisation des technologies informatiques par les médecins est particulièrement élevée en Estrie (95,7 % d'atteinte de la balise). Les régions de Laval (75,5 % d'atteinte de la balise) et de Lanaudière (81,9 % d'atteinte de la balise) se démarquent aussi favorablement de l'ensemble du Québec (63,8 % d'atteinte de la balise). La figure 16 illustre la performance des régions pour cette dimension.

Figure 16
PERFORMANCE POUR LA DIMENSION DE L'INNOVATION ET TRANSFORMATION SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC

En ce qui a trait à l'ajustement aux besoins de la population, la région de Chaudière-Appalaches présente le meilleur résultat québécois. Les régions intermédiaires du Bas-Saint-Laurent, de la Mauricie et Centre-du-Québec et du Saguenay–Lac-Saint-Jean présentent toutes de très bons résultats, de même que l'Estrie. Les régions de l'Outaouais et de Montréal ont toutefois plus de difficulté à s'ajuster aux besoins de leur population.

La mobilisation de la communauté est plus élevée dans les régions éloignées, alors qu'elle est beaucoup plus faible que celle de l'ensemble du Québec pour toutes les régions en périphérie des régions universitaires.

La dimension de l'attractivité régionale est caractérisée par des résultats élevés pour les régions universitaires, de même que pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean et l'Abitibi-Témiscamingue. À l'inverse, les régions de Laval, de Lanaudière et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine présentent les plus faibles taux d'attractivité régionale.

En regard de la dimension de la viabilité, l'ensemble du Québec obtient un résultat de 81,0% d'atteinte de la balise. Les régions se démarquant positivement sont la Capitale-Nationale, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, le Bas-Saint-Laurent et l'Estrie. L'Outaouais et la Montérégie montrent par contre des taux plus préoccupants, surtout liés à la santé financière et à la capacité d'attirer et de retenir des infirmières.

L'indicateur de la proportion moyenne annuelle de déficit non autorisé sur le budget total des établissements de santé (figure 17) fait état de grandes disparités parmi les régions du Québec quant à la santé financière. Cet indicateur est calculé pour trois exercices financiers consécutifs et exprimé en moyenne annualisée. Il est un reflet important de la viabilité du système à travers la gestion faite d'une région à l'autre.

Figure 17

PERFORMANCE POUR L'INDICATEUR DE LA PROPORTION MOYENNE ANNUELLE DE DÉFICIT NON AUTORISÉ SUR LE BUDGET TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, EN %, 2008-2009 À 2010-2011

PERFORMANCE PRÉOCCUPANTE → PERFORMANCE EXCELLENTE

Données non disponibles

Production

Les dimensions et les sous-dimensions qui composent la fonction de production sont regroupées dans le tableau 9. La dimension de l'humanisation est une nouveauté dans le cadre d'appréciation de la performance du Commissaire. Elle permet de faire ressortir un aspect important du système, c'est-à-dire la capacité à produire des soins plus supportables et mieux adaptés aux patients.

Tableau 9

DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION DE PRODUCTION AU NIVEAU RÉGIONAL

Production – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Accessibilité	*Délais d'attente : chirurgies	Permettre un accès rapide aux chirurgies (ex. : patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie du genou)
	*Délais d'attente : services sociaux	Permettre un accès rapide aux services sociaux (ex. : attente en application des mesures de protection de la jeunesse)
	*Perception des usagers de l'accessibilité et de la rapidité des soins	Mesurer la perception des patients par rapport à l'enjeu de l'accessibilité et de la rapidité (ex. : satisfaction des patients à l'égard de l'accessibilité des services)
	*Fluidité dans le système	Permettre un parcours de soins sans heurts et sans attente déraisonnable, même une fois la prise en charge entamée (ex. : séjour moyen sur civière à l'urgence)
Qualité technique	*Sécurité des soins	Éviter pour les usagers de subir des complications liées aux soins prodigués ou à l'environnement (ex. : diarrhées associées à la bactérie *C. difficile* d'origine nosocomiale)
	Pertinence des soins	Prodiguer des soins selon un cadre de pratiques reconnues comme bénéfiques pour les patients (ex. : taux de césariennes)
	Qualité d'exécution	Prodiguer des soins de manière compétente avec un haut standard d'excellence (ex. : taux de réadmissions)

Production – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Productivité	Productivité technique	Utiliser les ressources matérielles avec un niveau d'intensité approprié et efficient (ex.: nombre d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie)
	*Productivité financière	Utiliser les ressources financières avec un niveau d'intensité approprié et efficient (ex.: coût par cas pondéré)
	Productivité clinique	Répondre aux impératifs des soins et services dans les meilleurs délais (ex.: nombre d'heures par cas pondéré dans le service de laboratoire)
Globalité	Globalité des services	Offrir une gamme de services élargie (ex.: vaccination contre l'influenza chez les 65 ans et plus)
	*Globalité des soins	Offrir des soins répondant à un ensemble plus global de besoins (ex.: satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services)
*Humanisation	*Perception des usagers du niveau d'humanisation	Mesurer la perception des patients par rapport à l'humanisation dans les soins et services (ex.: satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients)
	*Arrangements organisationnels	Rendre les soins plus supportables et mieux adaptés aux patients (ex.: proportion de lits en chambres privées)
Continuité et coordination	*Perception des usagers de la continuité	Mesurer la perception des patients par rapport à la continuité dans le processus de soins donnés aux patients (ex.: satisfaction des usagers à l'égard de la continuité)
	*Coordination des services	Assurer une coordination adéquate entre les différentes étapes du processus de soins et les divers intervenants (ex.: aînés admis à l'urgence ayant fait une demande d'hébergement en CHSLD)

* Cette dimension ou cette sous-dimension ne se trouve que dans l'analyse régionale.

Le système de production est grandement influencé par l'accessibilité des soins et services. L'ensemble du Québec montre d'ailleurs de faibles résultats pour les sous-dimensions des délais d'attente pour des services sociaux (48,1% d'atteinte de la balise) et de la fluidité dans le système (51,0%). Les délais d'attente pour une chirurgie (80,4% d'atteinte de la balise) et la perception des usagers de l'accessibilité et de la rapidité des services (83,2%) sont cependant nettement plus favorables. Pour la dimension de l'accessibilité dans son ensemble, les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et du Saguenay–Lac-Saint-Jean présentent les meilleurs résultats en pourcentage d'atteinte de la balise. Les régions de Laval, de la Montérégie et de la Côte-Nord obtiennent les plus bas résultats d'atteinte de la balise, alors que les Laurentides, Montréal et l'Estrie ne se trouvent que légèrement au-dessus de l'ensemble du Québec (65,7% d'atteinte de la balise). La figure 18 illustre la performance des régions pour cette dimension.

Figure 18

PERFORMANCE POUR LA DIMENSION DE L'ACCESSIBILITÉ SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC

Pour ce qui est de la qualité technique des soins, la sous-dimension de la sécurité des soins doit être interprétée avec prudence, puisqu'elle ne s'appuie que sur un seul indicateur. Cette sous-dimension se distingue par la performance de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de l'Estrie, de l'Outaouais, de la Côte-Nord et du Saguenay–Lac-Saint-Jean, qui se démarquent tous de l'ensemble du Québec. La justesse des soins, qui s'appuie sur des indicateurs relatifs à l'accouchement, montre des résultats favorables pour Lanaudière et l'Abitibi-Témiscamingue, alors que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches obtiennent des résultats d'atteinte de la balise largement sous l'ensemble du Québec. La dimension de la qualité d'exécution, étayée par des indicateurs de taux de réadmissions, montre que les régions éloignées, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et les régions universitaires de l'Estrie et de Montréal enregistrent des performances moins favorables que celles de l'ensemble du Québec. En bref, l'Outaouais, l'Estrie, Lanaudière et la Montérégie présentent des résultats favorables pour l'ensemble de la dimension de la qualité technique, alors que les régions de Montréal, de la Capitale-Nationale et des Laurentides obtiennent des niveaux d'atteinte de la balise inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec (71,7%).

La dimension de la productivité se mesure par trois sous-dimensions, dont la productivité technique, pour laquelle les régions éloignées occupent les trois derniers rangs. Ces mêmes régions occupent aussi les derniers rangs en ce qui concerne la productivité financière, alors que ce sont les régions de Laval, de la Montérégie et de l'Outaouais qui performent le mieux. En productivité clinique, on observe une performance favorable des régions éloignées, alors que Montréal arrive au 15e et dernier rang avec un résultat largement moins favorable que celui de toutes les autres régions du Québec. Dans l'ensemble, les résultats d'atteinte de la balise en productivité sont moins élevés pour les régions éloignées, le Bas-Saint-Laurent, Montréal et les Laurentides, alors que la Capitale-Nationale et Laval montrent les meilleurs résultats.

Pour la globalité des services et la globalité des soins, les régions éloignées de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord, de même que le Saguenay–Lac-Saint-Jean, se démarquent favorablement de l'ensemble du Québec, alors que Montréal et l'Outaouais présentent des résultats sous la barre des 80,0% d'atteinte de la balise. Toutes les autres régions se rapprochent de l'ensemble du Québec (84,1% d'atteinte de la balise).

Pour la dimension de l'humanisation, l'ensemble du Québec obtient de hauts résultats d'atteinte de la balise pour la sous-dimension de la perception des usagers du niveau d'humanisation (87,0%) et un résultat plus faible pour les arrangements organisationnels (38,4%). Dans l'ensemble, le Bas-Saint-Laurent et Chaudière-Appalaches se démarquent pour leurs hauts niveaux d'atteinte de la balise en humanisation, alors que l'Estrie, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'Abitibi-Témiscamingue et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se situent aussi de manière favorable par rapport à l'ensemble du Québec.

Enfin, les résultats de la dimension de la continuité et coordination indiquent que les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et du Bas-Saint-Laurent, ainsi que les régions universitaires de Montréal et de la Capitale-Nationale, obtiennent les meilleurs résultats. Les régions en périphérie des régions universitaires, comme les Laurentides, la Montérégie et Lanaudière, de même que l'Outaouais, présentent les niveaux d'atteinte de la balise les plus bas.

Maintien et développement

La fonction de maintien et développement des valeurs du système est mesurée grâce à la dimension de la qualité de vie au travail, qui se décline elle-même en trois sous-dimensions, présentées dans le tableau 10.

Tableau 10
DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION DE MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT AU NIVEAU RÉGIONAL

Maintien et développement – Régional		
Dimension	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Qualité de vie au travail	Environnement de travail	Valoriser le développement des compétences des employés et la confiance mutuelle (ex. : heures travaillées consacrées à la formation)
	Climat et satisfaction	Mesurer la perception des employés à propos de divers aspects de leur qualité de vie au travail (ex. : satisfaction du personnel à l'égard du leadership)
	État de santé des employés	Donner accès à un environnement de travail sain et sécuritaire favorisant un bon état de santé chez les employés (ex. : absentéisme par rapport aux heures travaillées)

La mesure de la fonction de maintien et développement du système s'appuie sur une seule dimension, soit la qualité de vie au travail (figure 19). Pour l'ensemble du Québec, la sous-dimension de l'environnement de travail obtient un résultat de 77,8 % d'atteinte de la balise, ce qui est plus élevé que la sous-dimension du climat et satisfaction (71,0 %). L'état de santé des employés se chiffre à 87,9 % d'atteinte de la balise pour l'ensemble du Québec. Pour ce qui est de la performance des régions, la Capitale-Nationale, l'Estrie et Chaudière-Appalaches se démarquent favorablement par rapport à l'ensemble du Québec, alors que Laval présente le meilleur résultat pour ce qui est de l'environnement de travail. À l'opposé, la Côte-Nord se classe au 15e rang pour chaque sous-dimension, alors que l'Outaouais et les régions en périphérie des régions universitaires (les Laurentides, la Montérégie et Lanaudière) présentent des niveaux d'atteinte de la balise plus faibles que ceux de l'ensemble du Québec. La région de Montréal se classe en 7e position, grâce au plus haut niveau d'atteinte de la balise pour la sous-dimension de l'état de santé des employés, bien qu'elle arrive au 14e rang pour la sous-dimension du climat et satisfaction et au 10e rang pour l'environnement de travail, ce qui révèle un certain écart par rapport à l'ensemble du Québec. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les régions universitaires récoltent les meilleurs résultats pour l'état de santé des employés.

Figure 19

PERFORMANCE POUR LA DIMENSION DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC

Atteinte des buts

Cette section présente les résultats des régions du Québec pour les dimensions et les sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts, qui sont présentées dans le tableau 11.

Tableau 11
DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS AU NIVEAU RÉGIONAL

Atteinte des buts – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Efficacité	*Efficacité d'utilisation : mortalité hospitalière	Diminuer la mortalité hospitalière lors de l'utilisation des services hospitaliers (ex. : mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un AVC)
	Efficacité populationnelle : habitudes de vie	Exercer une influence positive afin de contribuer à l'appropriation de bonnes habitudes de vie (ex. : taux de tabagisme)
	Efficacité populationnelle : morbidité et mortalité infantile	Diminuer la morbidité et la mortalité chez les jeunes enfants (ex. : taux de mortalité infantile)
	Efficacité populationnelle : mortalité évitable	Exercer une influence positive afin d'éviter les décès liés à des causes traitables ou ayant pu être prévenus (ex. : taux de mortalité liée à des causes traitables)
	*Efficacité populationnelle : mortalité adulte	Exercer une influence positive afin d'éviter les décès chez les adultes (ex. : taux de mortalité pour les personnes âgées de 20 à 64 ans)
	Efficacité populationnelle : santé mentale	Exercer une influence positive sur la santé mentale de la population (ex. : taux de mortalité par suicide)
	Efficacité populationnelle : santé générale	Exercer une influence positive sur la santé générale de la population (ex. : espérance de vie à 65 ans)
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	Satisfaire les attentes de la population par rapport au système (ex. : nombre de plaintes)

➲

Atteinte des buts – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Équité	Équité de santé intrarégionale en fonction du niveau de favorisation	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du niveau de défavorisation matérielle (ex. : écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance)
	Équité de santé intrarégionale en fonction du genre	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du sexe (ex. : écart intrarégional entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans)

[A] Cette sous-dimension ne se trouve que dans l'analyse régionale.

L'atteinte des buts est soutenue par trois dimensions. La dimension de l'efficacité permet d'observer certaines tendances régionales bien définies (figure 20). L'efficacité d'utilisation pour la mortalité hospitalière confère à Laval, à Lanaudière et à l'Estrie les plus hauts résultats, alors que les régions éloignées de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord, ainsi que le Saguenay–Lac-Saint-Jean, ont les plus bas résultats. Pour ce qui est des habitudes de vie, alors que les régions universitaires, plus particulièrement Montréal et la Capitale-Nationale, se démarquent favorablement de l'ensemble du Québec, les régions éloignées et le Saguenay–Lac-Saint-Jean obtiennent les résultats les plus bas parmi les régions du Québec. Aussi, l'Outaouais se démarque favorablement de toutes les régions du Québec pour l'efficacité populationnelle relative à la morbidité et la mortalité infantile. Pour la dimension de l'efficacité populationnelle liée à la mortalité adulte, on constate que les régions éloignées et intermédiaires obtiennent toutes des résultats moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec. L'efficacité populationnelle en santé mentale se caractérise par des résultats largement plus favorables pour Montréal et Laval que pour l'ensemble du Québec. Bien qu'elle soit composée de multiples sous-dimensions, l'efficacité se traduit par des résultats qui sont, dans l'ensemble, favorables pour les régions de Laval et de Lanaudière. À l'exception de l'Outaouais (5e rang), les régions éloignées et intermédiaires obtiennent des niveaux d'atteinte de la balise plus faibles que ceux de l'ensemble du Québec. La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est celle dont le résultat est le plus faible.

Figure 20
PERFORMANCE POUR LA DIMENSION DE L'EFFICACITÉ SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC

La satisfaction globale de la population est plus élevée pour les régions en périphérie des régions universitaires, à l'exception de Chaudière-Appalaches (10e rang). L'Estrie se classe en 4e position, alors que Montréal se place au 15e rang, en raison d'un nombre de plaintes très élevé par rapport à sa population. Les régions éloignées de la Côte-Nord et de l'Abitibi-Témiscamingue se situent respectivement au 14e et au 13e rang parmi les régions du Québec.

Finalement, l'équité est mesurée grâce à deux sous-dimensions, dont la première est l'équité de santé intrarégionale en fonction du niveau de défavorisation. La Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, la Côte-Nord et le Saguenay–Lac-Saint-Jean obtiennent les meilleurs niveaux d'atteinte de la balise de performance, tandis que la Capitale-Nationale et la Mauricie et Centre-du-Québec, les résultats les plus défavorables. Pour l'équité de santé intrarégionale en fonction du genre, ce sont les régions des Laurentides, de Lanaudière, de Laval et de l'Outaouais qui ont les meilleurs résultats en proportion d'atteinte de la balise, alors que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine arrive au 15e rang. Pour l'ensemble de la dimension d'équité, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et la Côte-Nord se démarquent favorablement de l'ensemble du Québec, alors que la Capitale-Nationale et la Mauricie et Centre-du-Québec occupent les 15e et 14e positions.

ANALYSE DES RELATIONS ENTRE LES FONCTIONS DE LA PERFORMANCE AU NIVEAU RÉGIONAL

La présente section met en relation, pour les régions du Québec, les fonctions de la performance pour évaluer comment l'une se répercute sur l'autre à travers les dimensions qui les composent. Cela permet de pousser plus loin l'analyse faite précédemment et d'y apporter certains éclaircissements supplémentaires, tout en faisant des liens. Les relations retenues pour l'analyse au niveau régional sont l'alignement allocatif, l'alignement stratégique, l'analyse de l'efficience et l'arbitrage de production.

Alignement allocatif

L'alignement allocatif évalue le lien entre la capacité d'adapter les ressources et le fait de répondre aux impératifs du système de production. Il s'agit plus précisément du lien entre la dimension de l'innovation et transformation, soit l'utilisation des technologies informatiques par les médecins, et le niveau de qualité technique ou de productivité. Cette relation montre que les résultats en innovation et transformation et ceux en qualité technique et en productivité confèrent à l'Estrie une excellente performance. Le faible niveau d'innovation et transformation influence moins la productivité : à l'exception des régions éloignées[8] et du Saguenay–Lac-Saint-Jean, les régions présentent toutes une performance encourageante (figure 21). Pour plusieurs régions, on note cependant une performance critique quant au niveau d'innovation et transformation et aux résultats en qualité technique. Pour ces régions, on observe un lien entre la faible utilisation des technologies informatiques par les médecins et un bas niveau de qualité technique, bien que d'autres facteurs puissent aussi influencer le faible niveau de qualité technique. Il s'agit des régions éloignées de la Capitale-Nationale, de Montréal, des Laurentides, de la Mauricie et Centre-du-Québec ainsi que du Saguenay–Lac-Saint-Jean (figure 22).

8. Dans cet énoncé, les régions éloignées excluent la région de la Côte-Nord, qui ne se trouve pas dans les graphiques d'alignement allocatif, puisqu'elle ne présente pas de données pour les indicateurs de la dimension de l'innovation et transformation.

Figure 21

ANALYSE RÉGIONALE DE L'ALIGNEMENT ALLOCATIF ENTRE L'INNOVATION ET TRANSFORMATION ET LA PRODUCTIVITÉ

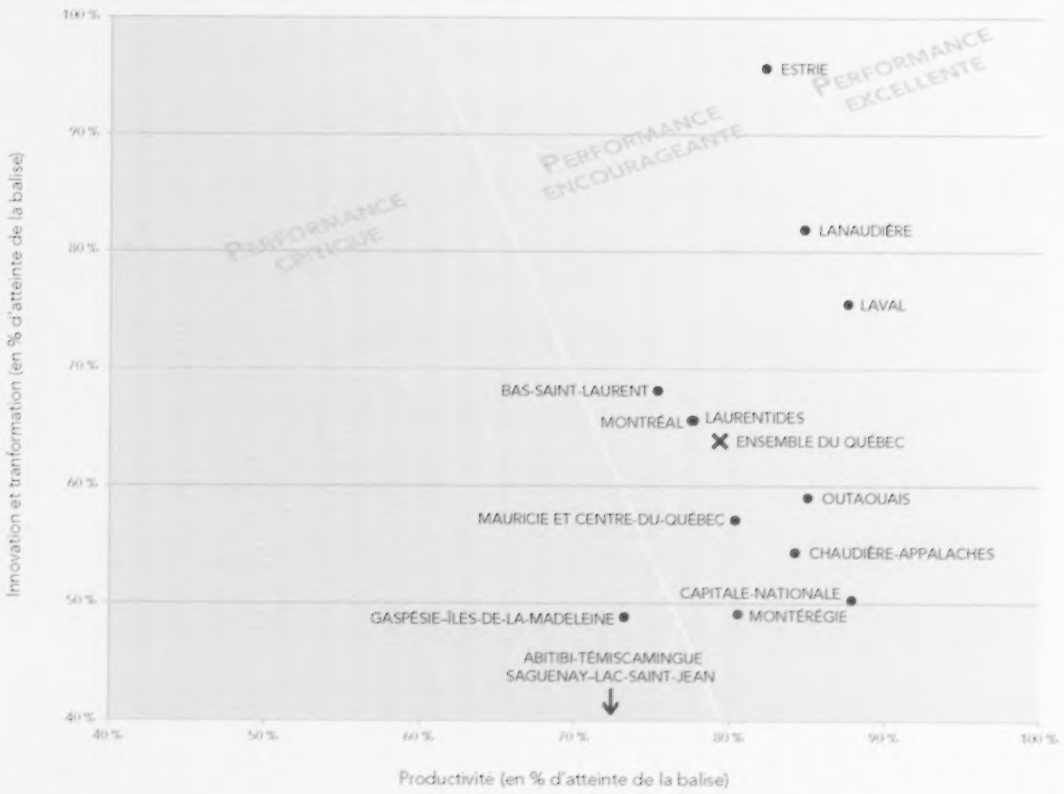
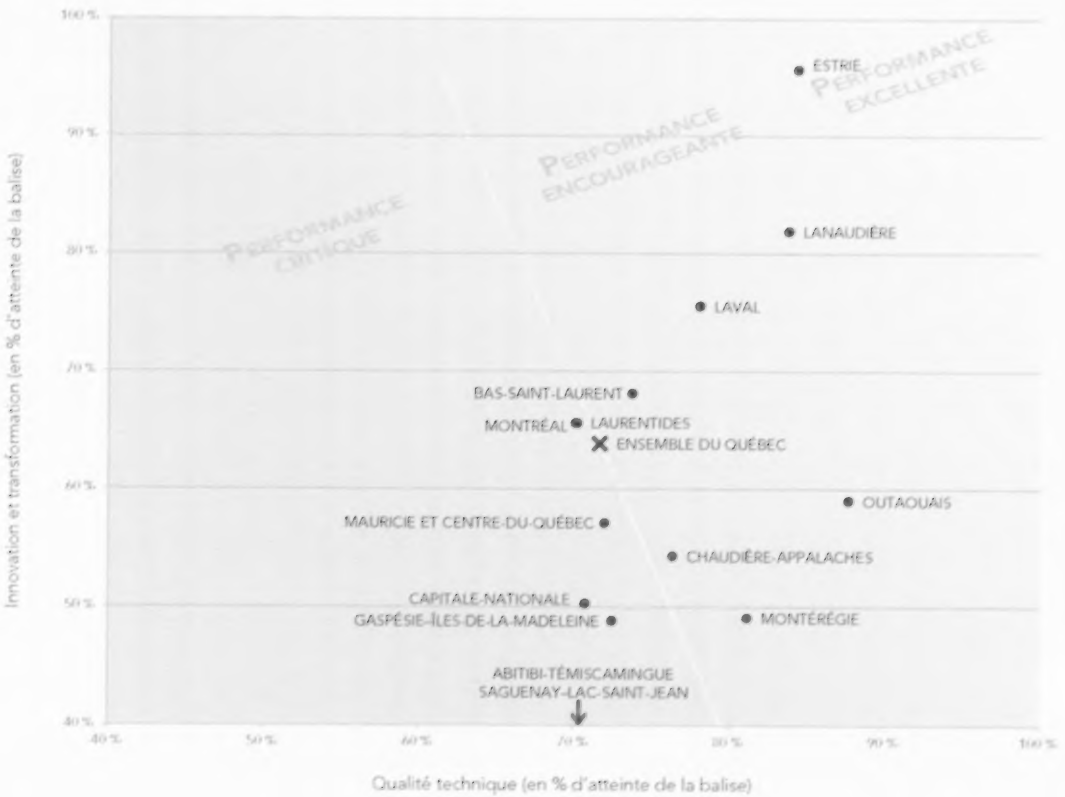


Figure 22

ANALYSE RÉGIONALE DE L'ALIGNEMENT ALLOCATIF ENTRE L'INNOVATION ET TRANSFORMATION ET LA QUALITÉ TECHNIQUE

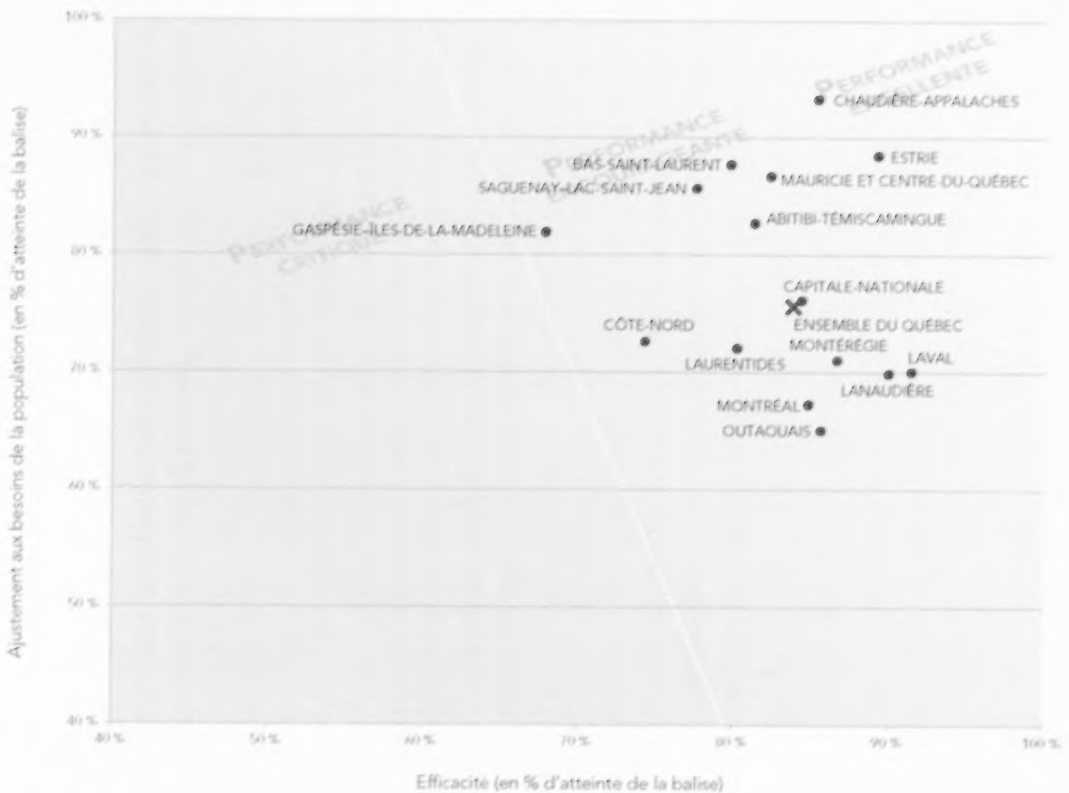


Alignement stratégique

L'alignement stratégique fait le lien entre les fonctions d'adaptation et d'atteinte des buts. Plus précisément, il s'agit d'observer le niveau d'efficacité des régions en regard de leur capacité à s'ajuster aux besoins de la population (figure 23). L'analyse de l'alignement stratégique montre une performance encourageante pour la majorité des régions, sauf pour l'Estrie et la Chaudière-Appalaches, où une excellente performance est observée. La Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se rapproche de la zone de performance critique, ce qui indique que cette région obtient un résultat plus faible en efficacité, malgré un niveau relativement élevé pour l'ajustement aux besoins de la population. L'efficacité de cette région est donc influencée par d'autres facteurs.

Figure 23

ANALYSE RÉGIONALE DE L'ALIGNEMENT STRATÉGIQUE ENTRE L'AJUSTEMENT AUX BESOINS DE LA POPULATION ET L'EFFICACITÉ



Analyse de l'efficience

L'analyse de l'efficience met en relation le niveau de disponibilité des ressources avec la performance d'autres dimensions. On cherche à savoir si, en fonction des ressources disponibles, on parvient à des résultats satisfaisants. Pour classer les régions selon leur niveau d'efficience, on analyse chacune en fonction de cinq dimensions. Il s'agit donc de comparer les résultats obtenus pour la disponibilité des ressources (capacité financière, humaine et matérielle) avec les résultats de cinq dimensions ayant une validité statistique (innovation et transformation, ajustement aux besoins de la population, accessibilité, qualité technique et efficacité). Lorsque le résultat d'une des cinq dimensions dépasse le niveau de disponibilité des ressources, la région récolte un point d'efficience. Une région peut donc récolter de zéro à cinq points d'efficience. On juge qu'une région accumulant quatre ou cinq points d'efficience a une efficience élevée. L'efficience est moyenne pour deux ou trois points et faible pour zéro ou un point. Par exemple, une région pour laquelle les résultats de trois des cinq dimensions seraient plus élevés que le niveau de disponibilité des ressources serait jugée moyennement efficiente.

Les résultats montrent que les régions en périphérie des régions universitaires, de même que l'Outaouais, l'Estrie et la Mauricie et Centre-du-Québec, obtiennent les plus hauts niveaux d'efficience. Le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et l'Abitibi-Témiscamingue présentent des niveaux d'efficience moyens. Les régions universitaires de Montréal et de la Capitale-Nationale ont de faibles niveaux d'efficience, de même que les régions éloignées de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (figure 24).

Figure 24
ANALYSE RÉGIONALE DE L'EFFICIENCE

Synthèse de l'efficience		
Efficience élevée	**Efficience moyenne**	**Efficience faible**
Estrie Chaudière-Appalaches Laval Lanaudière Laurentides Montérégie Mauricie et Centre-du-Québec Outaouais	Bas-Saint-Laurent Saguenay–Lac-Saint-Jean Abitibi-Témiscamingue	Capitale-Nationale Montréal Côte-Nord Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

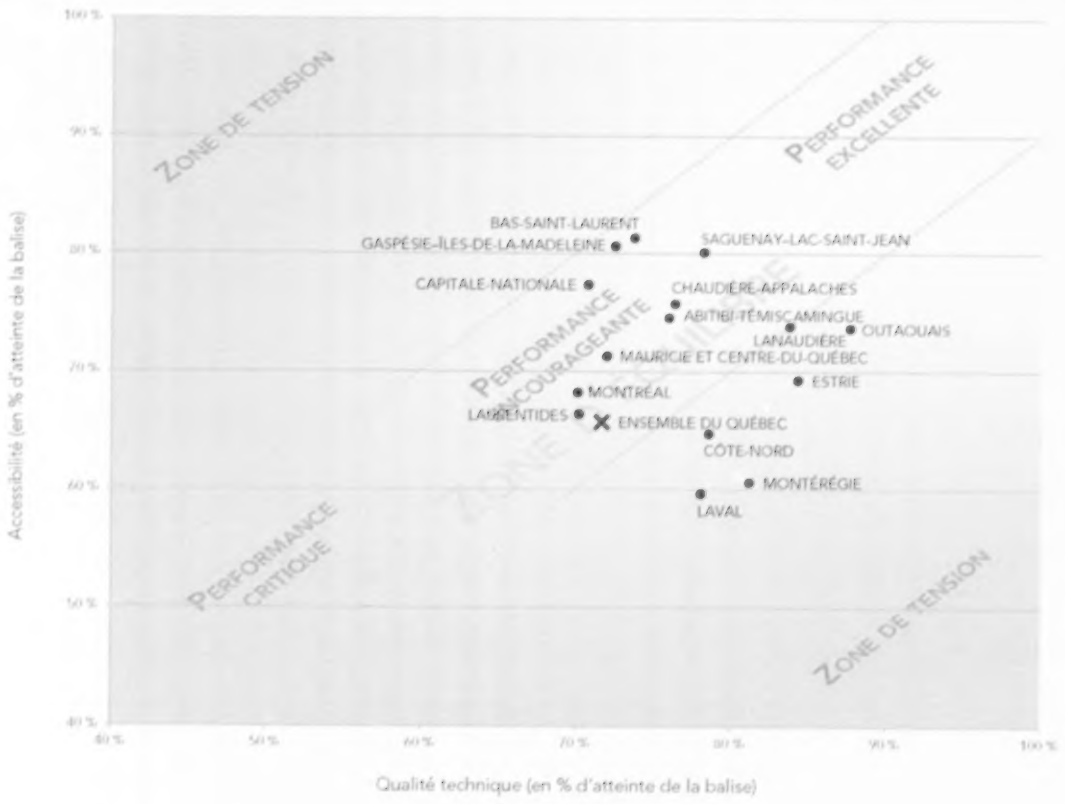
Arbitrage de production

L'arbitrage de production est une relation qui s'observe quand deux dimensions entrent en compétition et peuvent donc agir au détriment l'une de l'autre. Par exemple, une rupture de l'équilibre afin de favoriser l'accessibilité ou encore la productivité pourrait avoir de graves impacts sur la qualité. Ainsi, la performance est l'expression d'un équilibre entre les exigences de chaque dimension, qui peuvent être contradictoires.

En ce qui concerne l'arbitrage entre l'accessibilité et la qualité technique, une majorité de régions se trouvent dans une zone d'équilibre, pour une performance encourageante (figure 25). Cependant, plusieurs régions sont dans une zone de tension : les hauts niveaux de qualité technique s'accompagnent d'une performance plus faible en accessibilité. C'est le cas de Laval, de la Montérégie, de la Côte-Nord, de l'Estrie et de l'Outaouais.

Figure 25

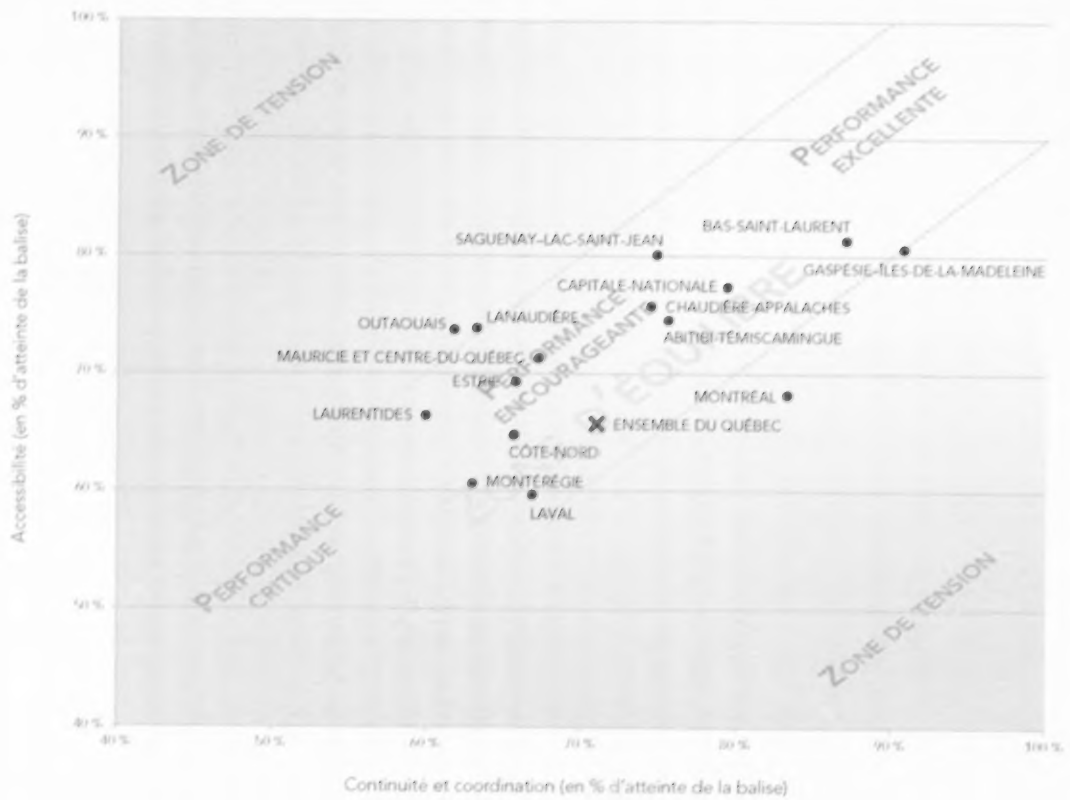
ANALYSE RÉGIONALE DE L'ARBITRAGE DE PRODUCTION ENTRE L'ACCESSIBILITÉ ET LA QUALITÉ TECHNIQUE



Quant à l'arbitrage entre l'accessibilité et la continuité et coordination, une majorité de régions se trouvent dans la zone d'équilibre pour une performance encourageante (figure 26). Toutefois, la région de Montréal est dans la zone de tension, en raison d'une bonne performance en continuité et coordination, mais de lacunes liées à l'accessibilité. L'Outaouais est aussi dans la zone de tension, mais à l'opposé de Montréal, en raison d'un résultat en continuité et coordination plus faible que celui en accessibilité. Les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se démarquent quant à elles pour leur bonne performance à offrir à la fois une grande accessibilité et un bon niveau de continuité et coordination.

Figure 26

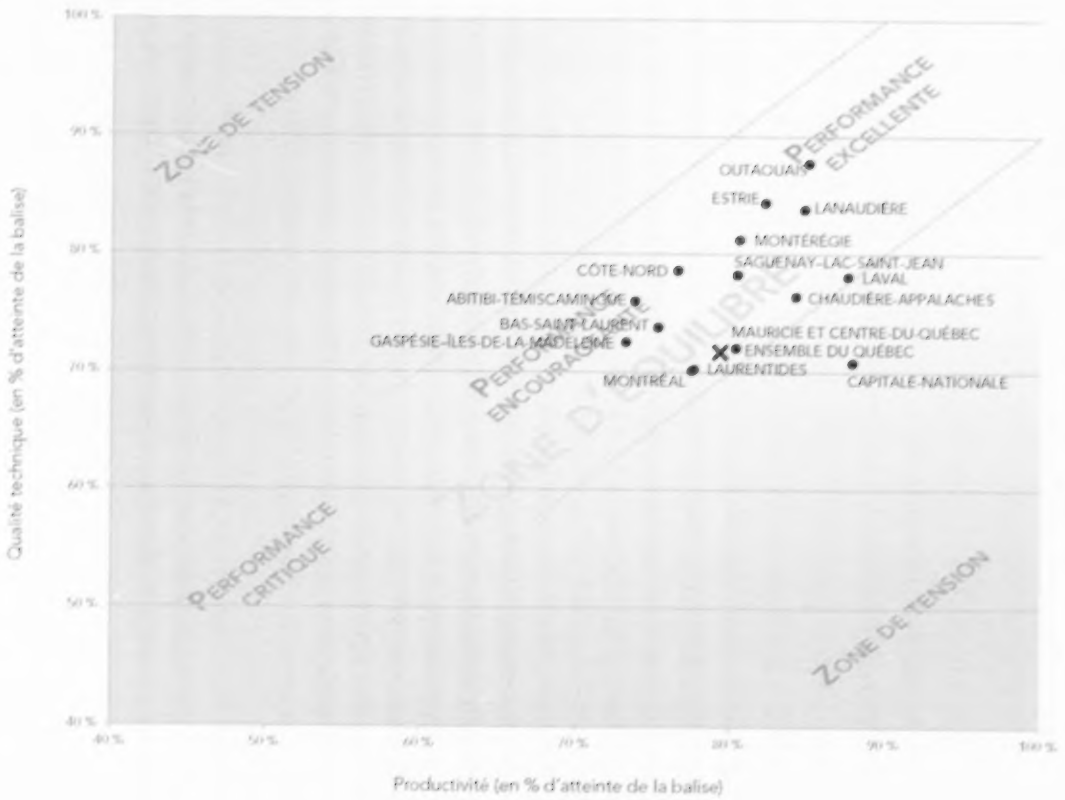
ANALYSE RÉGIONALE DE L'ARBITRAGE DE PRODUCTION ENTRE L'ACCESSIBILITÉ ET LA CONTINUITÉ ET COORDINATION



Les différentes régions montrent un bel équilibre entre la qualité technique et la productivité (figure 27), à l'exception de la région de la Capitale-Nationale, qui se trouve dans une zone de tension, en raison d'un plus bas niveau de qualité technique par rapport à sa performance en productivité. L'Outaouais, l'Estrie et Lanaudière se situent favorablement dans la zone d'équilibre pour une excellente performance.

Figure 27

ANALYSE RÉGIONALE DE L'ARBITRAGE DE PRODUCTION ENTRE LA QUALITÉ TECHNIQUE ET LA PRODUCTIVITÉ



RÉUSSITES ET DÉFIS POUR LES RÉGIONS DU QUÉBEC

L'analyse des résultats au niveau régional permet de faire ressortir des constats plus généraux sur la performance des régions et des groupes de régions. L'Estrie est beaucoup plus avancée que les autres régions du Québec pour l'utilisation des technologies par les médecins. Cette région s'ajuste aussi très bien aux besoins de sa population. Selon les indicateurs retenus, c'est par contre la région de la Chaudière-Appalaches qui réussit le mieux à s'ajuster aux besoins de sa population, alors que Montréal et l'Outaouais ont plus de difficulté à cet égard. Ces deux mêmes régions présentent aussi les plus faibles résultats pour la globalité des services et la globalité des soins, alors que l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord et le Saguenay–Lac-Saint-Jean obtiennent les meilleurs résultats pour ces sous-dimensions de la performance.

Pour l'analyse régionale de l'accessibilité, le nombre élevé d'indicateurs permet de chiffrer la performance de l'ensemble du Québec à 65,7 % d'atteinte de la balise, un résultat préoccupant. On observe d'ailleurs de faibles résultats pour les sous-dimensions des délais d'attente pour les services sociaux (48,1 % d'atteinte de la balise) et de la fluidité dans le système (51,0 %). Les régions les plus performantes pour cette dimension sont le Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les régions de Laval, de la Montérégie et de la Côte-Nord, quant à elles, ont les plus bas résultats d'atteinte de la balise. La région de Laval présente cependant une grande efficacité et de bons résultats pour les indicateurs du panorama sociosanitaire de la population. Autrement dit, la population de cette région est celle qui présente la meilleure santé, de manière générale. Les régions de Laval et de la Capitale-Nationale sont celles qui se situent le mieux pour la productivité, alors que les régions éloignées et le Bas-Saint-Laurent obtiennent les plus faibles niveaux de productivité.

Par ailleurs, l'Outaouais, l'Estrie, Lanaudière et la Montérégie présentent toutes des résultats favorables pour la qualité technique, alors que Montréal, la Capitale-Nationale et les Laurentides ont les plus bas résultats de performance. On observe aussi que les régions en périphérie des régions universitaires, l'Outaouais, la Mauricie et Centre-du-Québec ainsi que l'Estrie sont les régions les plus efficientes.

Enfin, la Côte-Nord présente une qualité de vie au travail très défavorable, ce qui se répercute dans d'autres aspects de sa performance. Il faut toutefois mentionner qu'il s'agit aussi de la région pour laquelle on observe la plus grande équité de santé au sein de la population.

Tableau 12

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Disponibilité des ressources	Capacité financière	25,0 %	Dépenses publiques de santé par habitant pour l'ensemble des programmes-services et des services médicaux, en $ CAN	2010-2011	3511	2950	3835
		50,0 %	Coût ajusté par habitant du programme-service Santé physique, en $ CAN	2010-2011	1105	885	1305
		10,0 %	Coût ajusté par habitant du programme-service Santé mentale, en $ CAN	2010-2011	200	120	190
		15,0 %	Coût ajusté par habitant du programme-service Perte d'autonomie liée au vieillissement, en $ CAN	2010-2011	2000	1924	2421
		33,3 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		92,6 %	75,3 %	97,3 %
	Capacité humaine	20,0 %	Nombre de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	2010	1,29	1,20	1,07
		20,0 %	Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants	2010	1,70	1,44	2,05
		0,0 %	Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	2010	2,99	2,64	3,12
		20,0 %	Nombre d'effectifs du réseau (cadres et employés), pour 1 000 habitants	2010-2011	36,5	32,4	37,6
		30,0 %	Nombre d'infirmières en équivalents temps complet (ETC), pour 1 000 habitants	2011	8,7	6,6	7,3
		10,0 %	Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants	2012	160	91	115
		33,3 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		95,0 %	81,3 %	89,9 %
	Capacité matérielle	80,0 %	Nombre de lits de soins aigus, pour 1 000 habitants	2010-2011	2,45	2,17	2,68
		20,0 %	Nombre de lits de soins de longue durée, pour 1 000 habitants de 65 ans et plus	2010-2011	34,0	31,1	44,3
		33,3 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		93,6 %	83,4 %	100,0 %
Innovation et transformation	Utilisation des ressources innovantes	0,0 %	Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées, pour 100 000 habitants	2011	2,74	1,93	2,39
		0,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		-	-	-
	Utilisation des technologies informatiques par les médecins	11,1 %	Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des collègues à des fins cliniques, en %	2010	57,9	71,1	61,0
		22,2 %	Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des patients à des fins cliniques, en %	2010	12,7	21,3	22,4
		33,3 %	Proportion des médecins utilisant des dossiers papier et électroniques, ou seulement électroniques, en %	2010	16,4	70,5	30,9
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec d'autres systèmes externes pour l'accès aux renseignements ou le partage des renseignements concernant les patients, en %	2010	10,4	22,2	13,0
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique, en %	2010	35,6	55,5	29,3
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant des systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions médicamenteuses indésirables dans les soins aux patients, en %	2010	7,8	26,0	10,0
		100,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		50,3 %	95,7 %	65,6 %

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	2211	1799	1761	1801	1829	2972	2779	2519	2082	2956	3366	3552	2728	4032	-	-
	551	507	468	546	521	743	756	578	715	775	1023	741	842	-	-	-
	122	82	115	92	91	134	126	115	115	123	123	161	139	-	-	-
	2078	1774	2672	2152	2218	1894	1767	1756	2822	2823	3223	2057	2220	-	-	-
	56,5 %	48,0 %	52,4 %	52,2 %	51,6 %	69,8 %	68,0 %	57,8 %	66,1 %	75,2 %	89,6 %	76,0 %	74,4 %	-	-	-
	0,99	0,83	0,75	0,86	0,87	1,36	1,14	1,00	0,93	1,28	1,62	2,00	1,04	2,81	2,81	2,81
	0,73	0,64	0,54	0,48	0,62	1,03	0,86	0,76	0,64	0,98	0,79	1,20	1,13	0,24	0,24	0,24
	1,73	1,47	1,29	1,34	1,49	2,39	2,00	1,76	1,57	2,25	2,41	3,19	2,17	3,04	3,04	3,04
	23,6	18,0	17,9	17,6	17,8	31,0	30,5	26,4	20,6	32,1	31,5	36,1	27,4	36,6	72,4	69,8
	4,8	3,4	3,3	3,1	3,3	6,5	6,8	5,5	3,7	6,0	6,5	7,4	5,4	8,4	11,8	8,7
	103	100	79	77	88	112	110	88	62	86	76	97	102	57	57	57
	59,7 %	48,1 %	44,0 %	43,6 %	47,1 %	78,9 %	75,2 %	63,3 %	49,0 %	74,1 %	76,8 %	89,5 %	69,3 %	77,1 %	77,2 %	77,2 %
	1,28	1,08	1,10	1,28	1,30	2,17	2,70	2,03	1,32	1,95	2,20	2,14	1,89	2,61	1,10	-
	30,8	23,6	28,7	25,1	25,1	30,0	27,2	29,3	29,3	32,5	31,4	28,9	32,3	22,0	33,3	-
	55,9 %	45,9 %	49,2 %	52,7 %	53,4 %	82,7 %	94,7 %	78,0 %	56,4 %	77,4 %	84,4 %	81,1 %	75,4 %	91,8 %	51,6 %	-
	1,72	1,24	1,89	1,07	0,69	1,49	1,11	1,21	1,64	3,45	0,00	4,23	1,70	14,10	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	50,6	57,3	57,1	54,4	48,0	58,0	46,3	49,0	65,1	70,1	-	54,6	57,4	-	-	-
	4,6	7,0	7,8	4,1	7,0	8,7	4,2	5,6	11,6	7,3	-	3,8	13,7	-	-	-
	38,6	56,5	56,9	42,9	24,1	31,4	17,0	35,7	24,9	8,8	-	25,8	31,6	-	-	-
	15,7	26,1	30,3	23,7	13,9	31,0	12,0	16,7	16,0	10,2	-	15,9	16,4	-	-	-
	34,9	45,9	54,2	37,3	37,2	55,0	35,0	45,1	43,7	50,1	-	37,2	36,9	-	-	-
	11,4	14,6	22,6	24,4	12,1	19,8	5,6	13,1	11,3	2,1	-	14,0	12,2	-	-	-
	54,3 %	75,5 %	81,9 %	65,6 %	49,1 %	68,1 %	37,5 %	57,1 %	59,0 %	40,0 %	-	48,8 %	63,8 %	-	-	-

Tableau 12 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	33,3 %	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	2010-2011	231	310	258
		33,3 %	Proportion d'occupation des lits de soins de courte durée pour des soins de longue durée, en % des jours d'occupation	2010-2011	8,4	1,2	4,2
		33,3 %	Taux ajusté d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), pour 100 000 habitants	2010-2011	72,8	58,2	128,2
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		70,7 %	94,8 %	71,8 %
	Facilité d'entrée	50,0 %	Proportion de la population inscrite dans un groupe de médecine de famille (GMF), en %, au 31 mars	2012	58,8	52,1	19,2
		50,0 %	Proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier, en %	2011	81,6	76,7	64,9
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		92,9 %	86,0 %	51,0 %
	Adéquation de l'utilisation : examens diagnostiques	0,0 %	Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants	2009	109,5	91,0	102,2
		0,0 %	Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants	2009	37,7	23,2	24,7
		0,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		-	-	-
	Adéquation de l'utilisation : services médicaux	50,0 %	Indice de consommation des services médicaux en omnipratique	2010	1,03	0,98	0,91
		50,0 %	Indice de consommation des services médicaux spécialisés	2010	1,12	1,09	1,16
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		93,0 %	94,8 %	88,6 %
	Adéquation de l'utilisation : services hospitaliers	0,0 %	Taux ajusté d'hospitalisations en soins aigus, pour 1 000 habitants	2010-2011	65	77	60
		0,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		-	-	-
	Adéquation de l'utilisation : chirurgies	0,0 %	Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2010-2011	64	77	63
		0,0 %	Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2010-2011	103	117	85
		0,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		-	-	-
	Adéquation de l'utilisation : services CLSC	100,0 %	Taux d'utilisation des services en CLSC, en %	2011-2012	221	363	267
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		47,8 %	78,2 %	57,6 %

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	261	198	291	271	299	322	412	313	315	414	463	583	289	-	-	-
	1,2	7,6	12,0	7,3	7,0	4,2	3,3	3,5	8,5	15,1	20,6	3,3	5,8	0,0	0,0	0,0
	57,8	112,8	107,4	72,5	103,2	57,0	73,1	71,9	131,3	60,0	54,8	55,1	95,4	43,5	128,8	244,4
	98,8 %	63,0 %	57,1 %	72,5 %	62,8 %	84,7 %	77,7 %	84,0 %	55,1 %	59,7 %	58,0 %	79,1 %	68,4 %	66,7 %	-	-
	57,5	35,9	34,2	31,0	29,9	54,9	47,5	54,7	33,2	51,9	37,3	31,9	36,1	43,2	-	-
	88,3	71,5	75,4	72,7	74,9	82,7	86,4	81,1	75,5	72,7	79,0	80,6	74,5	75,9	-	-
	96,5 %	69,1 %	69,6 %	65,4 %	65,6 %	91,6 %	87,1 %	90,6 %	68,8 %	83,7 %	74,3 %	70,4 %	70,8 %	77,8 %	-	-
	129,2	96,9	96,3	114,7	98,5	168,7	141,3	120,9	109,6	145,1	123,3	183,0	110,7	167,6	77,9	90,9
	35,9	27,1	24,8	21,8	24,8	41,4	27,7	25,9	13,7	21,8	38,7	38,3	26,8	31,5	16,9	13,7
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	1,02	0,94	1,00	0,96	0,98	1,11	1,02	0,93	0,98	1,20	1,51	1,49	1,00	2,60	4,58	4,16
	0,97	0,98	0,91	0,85	0,96	0,96	0,85	0,90	0,68	0,91	0,95	1,12	1,00	0,86	1,27	1,12
	97,8 %	96,4 %	95,3 %	90,6 %	97,1 %	93,1 %	91,6 %	91,3 %	82,9 %	87,2 %	80,7 %	78,1 %	99,9 %	62,1 %	50,3 %	56,6 %
	74	65	69	70	71	80	89	76	69	93	99	119	70	115	261	180
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	80	70	78	83	75	89	68	64	100	61	67	48	71	-	-	-
	134	92	116	122	122	170	149	130	179	104	198	112	116	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	371	240	267	276	271	377	400	375	247	511	359	480	293	-	-	-
	80,1 %	51,7 %	57,5 %	59,6 %	58,4 %	81,4 %	86,2 %	80,9 %	53,4 %	100,0 %	77,4 %	100,0 %	63,2 %	-	-	-

Tableau 12 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	100,0 %	Proportion des dons dans le budget des établissements de santé d'une région, en %	2006-2007 à 2010-2011	0,27	0,94	1,82
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		34,1 %	100,0 %	100,0 %
	Action communautaire	100,0 %	Dépenses pour les organismes communautaires par habitant, en $ CAN	2011-2012	59,1	59,1	57,2
		75,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		52,5 %	52,5 %	50,8 %
Attractivité régionale	Capacité de rétention	100,0 %	Taux pondéré de rétention des hospitalisations, en %	2010-2011	96,8	92,1	95,1
		70,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0 %	96,7 %	99,8 %
	Capacité d'attraction	0,0 %	Taux pondéré de desserte extrarégionale des hospitalisations, en %	2010-2011	27,5	15,6	33,0
		0,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		-	-	-
	Autosuffisance hospitalière	100,0 %	Solde migratoire des hospitalisations	2010-2011	133,6	109,2	142,0
		30,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0 %	100,0 %	100,0 %
Viabilité	Santé administrative	100,0 %	Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, en %	2010-2011	4,2	4,7	4,6
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0 %	92,3 %	95,0 %
	Santé financière	100,0 %	Proportion moyenne annuelle de déficit non autorisé sur le budget total des établissements de santé, en %	2008-2009 à 2010-2011	6,7	5,1	9,6
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		66,5 %	74,4 %	52,1 %
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : infirmières	33,3 %	Proportion d'infirmières requises par rapport aux effectifs en emploi, en %	2011	2,9	3,3	4,5
		33,3 %	Proportion d'infirmières auxiliaires requises par rapport aux effectifs en emploi, en %	2011	1,0	1,7	4,0
		33,3 %	Proportion du recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières, en %	2011-2012	1,49	0,16	6,43
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		97,7 %	84,8 %	48,2 %
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins	50,0 %	Niveau d'atteinte des besoins normalisés en médecins de famille, en %	2012	104,5	95,3	88,4
		50,0 %	Pourcentage d'atteinte des PREM en médecine spécialisée, en %	2012	98,5	96,3	96,6
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		99,3 %	95,8 %	92,5 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

( ) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	0,20	0,15	0,09	0,40	0,45	0,29	0,45	0,33	0,30	1,00	0,15	0,19	0,87	0,02	0,00	0,00
	24,6 %	18,7 %	11,7 %	49,7 %	56,4 %	37,0 %	56,3 %	41,0 %	38,0 %	100,0 %	19,2 %	23,5 %	100,0 %	-	-	-
	56,4	46,7	45,2	40,2	44,5	84,9	84,1	74,3	71,6	91,7	109,1	137,1	58,9	269,7	350,6	0,0
	50,1 %	41,5 %	40,1 %	35,7 %	39,5 %	75,4 %	74,7 %	66,0 %	63,6 %	81,4 %	96,9 %	100,0 %	52,3 %	100,0 %	100,0 %	-
	71,9	45,3	63,1	65,5	73,0	83,0	93,9	83,6	71,8	86,3	72,8	63,6	80,0	57,6	66,3	29,9
	75,5 %	47,6 %	66,2 %	68,8 %	76,6 %	87,1 %	98,6 %	87,8 %	75,4 %	90,6 %	76,4 %	66,8 %	83,9 %	60,5 %	69,6 %	31,4 %
	6,3	35,6	8,3	11,7	3,4	6,7	5,2	4,7	1,4	7,8	2,3	2,1	18,1	40,5	0,3	1,2
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	76,7	71,2	68,8	74,2	75,6	89,0	99,1	87,7	72,8	93,6	74,5	64,9	100,0	96,9	66,5	30,3
	76,7 %	71,2 %	68,8 %	74,2 %	75,6 %	89,0 %	99,1 %	87,7 %	72,8 %	93,6 %	74,5 %	64,9 %	100,0 %	96,9 %	66,5 %	30,3 %
	4,9	4,2	4,5	5,3	5,0	4,8	5,4	5,5	5,5	5,8	5,8	6,0	4,8	9,0	8,3	3,6
	88,0 %	100,0 %	95,9 %	81,1 %	87,2 %	90,4 %	79,6 %	79,2 %	78,3 %	74,3 %	74,6 %	72,8 %	89,6 %	48,3 %	52,0 %	100,0 %
	8,1	4,2	0,3	8,7	15,3	2,1	1,7	2,2	9,2	0,0	2,8	1,8	4,1	6,8	58,7	0,0
	59,5 %	78,8 %	98,4 %	56,7 %	23,7 %	89,3 %	91,6 %	89,0 %	53,8 %	100,0 %	86,2 %	90,9 %	79,4 %	65,8 %	-	100,0 %
	2,8	2,6	4,4	4,4	3,9	3,6	2,7	3,9	5,7	4,0	6,6	5,5	4,0	5,4	6,0	7,9
	1,5	2,2	3,0	1,7	2,4	2,1	1,2	2,8	4,4	3,4	3,1	2,3	2,7	2,3	3,2	-
	0,89	6,84	5,81	6,84	4,90	0,99	0,00	0,48	7,68	3,24	6,81	0,55	4,21	-	-	-
	92,9 %	68,8 %	54,0 %	61,5 %	63,7 %	77,9 %	100,0 %	71,1 %	40,1 %	67,9 %	43,8 %	67,6 %	65,0 %	-	-	-
	89,6	83,2	79,2	76,4	83,5	90,6	85,7	85,2	74,9	85,2	85,0	98,5	87,2	83,1	123,1	147,0
	97,7	89,9	87,8	81,8	86,5	90,8	84,8	89,7	84,9	80,0	59,6	82,0	92,7	50,0	-	100,0
	93,6 %	86,5 %	83,5 %	79,1 %	85,0 %	90,7 %	85,2 %	87,5 %	79,9 %	82,6 %	72,3 %	90,2 %	89,9 %	66,5 %	-	100,0 %

Tableau 13

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Accessibilité	Délais d'attente : chirurgies	8,3 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la hanche, en %	2011-2012	31,4	53,4	56,7
		8,3 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie du genou, en %	2011-2012	29,9	55,8	48,6
		8,3 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la cataracte, en %	2011-2012	70,9	83,8	86,8
		25,0 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie d'un jour, en %	2011-2012	78,6	73,9	79,1
		25,0 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie avec hospitalisation, en %	2011-2012	83,8	75,5	86,9
		25,0 %	Proportion des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours, en %	2011-2012	65,1	46,4	49,3
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		76,6 %	78,3 %	79,5 %
	Délais d'attente : services sociaux	33,3 %	Proportion des personnes évaluées en dépendance dans un centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, en %	2011-2012	59,0	72,6	69,3
		33,3 %	Délai moyen d'attente pour une évaluation en protection de la jeunesse, en jours	2011-2012	9,5	15,1	15,5
		33,3 %	Délai moyen d'attente pour l'application des mesures de protection de la jeunesse, en jours	2011-2012	5,8	17,7	5,3
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		72,5 %	49,8 %	67,8 %
	Perception des usagers de l'accessibilité et de la rapidité des services	50,0 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'accessibilité des services	2007-2011	90	89	88
		50,0 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la rapidité des services	2007-2011	79,8	78,6	78,8
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		85,0 %	83,8 %	83,2 %
	Fluidité dans le système	33,3 %	Proportion de la population n'ayant pas de médecin régulier parce qu'elle n'en a pas trouvé, en %	2007-2008	5,2	11,8	13,8
		33,3 %	Séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures	2011-2012	15,3	12,4	20,6
		33,3 %	Proportion des séjours de 24 heures et plus sur civière à l'urgence, en %	2011-2012	19,0	14,0	29,3
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		75,3 %	69,1 %	42,2 %

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	50,9	20,9	68,5	48,0	53,6	25,9	43,0	68,9	63,1	17,2	67,2	93,6	52,3	-	-	-
	45,5	17,3	71,5	37,6	38,9	25,7	40,0	63,5	58,7	10,4	52,6	79,4	45,3	-	-	-
	83,0	83,8	73,5	89,7	78,4	69,7	86,6	83,1	93,4	39,1	92,3	64,7	82,3	-	-	-
	78,2	61,7	73,9	80,9	75,9	80,6	84,5	83,5	75,8	86,2	74,9	89,8	78,6	72,0	-	-
	88,8	79,8	85,8	88,8	84,1	84,5	85,8	93,0	84,3	90,9	87,2	95,2	86,0	85,5	-	-
	68,8	71,8	71,2	62,3	59,6	58,7	78,4	78,1	70,5	90,1	50,6	83,9	58,6	66,7	-	-
	83,8 %	71,0 %	86,5 %	82,2 %	78,5 %	74,3 %	86,4 %	93,1 %	86,1 %	80,9 %	80,8 %	95,8 %	80,4 %	-	-	-
	61,0	68,5	81,4	70,2	52,3	59,2	81,7	87,0	70,1	58,3	77,9	64,2	68,1	81,8	-	-
	16,8	38,7	8,8	17,6	32,1	9,5	13,8	22,0	6,7	10,7	42,9	7,9	19,1	-	-	-
	17,9	10,1	4,2	7,0	20,9	6,6	19,5	18,7	3,8	5,9	62,7	8,4	12,6	-	-	-
	44,1 %	44,2 %	89,9 %	59,3 %	32,6 %	69,7 %	53,7 %	48,7 %	90,0 %	68,8 %	34,4 %	71,9 %	48,1 %	-	-	-
	88	88	87	88	88	89	90	90	88	88	90	90	89	93	-	-
	78,1	75,7	76,6	74,9	75,8	78,4	78,9	78,6	78,8	77,1	77,5	76,4	77,7	83,0	-	-
	83,1 %	81,8 %	82,0 %	81,5 %	81,7 %	83,5 %	84,3 %	84,5 %	83,5 %	82,8 %	83,7 %	82,9 %	83,2 %	87,9 %	-	-
	4,7	13,0	12,5	12,9	10,2	5,5	5,7	14,2	19,8	19,7	10,9	9,0	11,5	-	-	-
	11,9	20,4	24,9	20,7	18,1	9,7	11,2	14,0	23,9	12,1	14,6	13,1	17,2	-	-	-
	12,7	33,7	42,3	30,9	28,2	9,3	10,1	17,2	32,2	13,2	18,4	14,3	23,6	-	-	-
	91,9 %	41,6 %	36,7 %	42,4 %	49,5 %	97,8 %	95,9 %	58,7 %	35,0 %	65,7 %	60,0 %	71,6 %	51,0 %	-	-	-

Tableau 13 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Qualité technique	Sécurité des soins	100,0 %	Taux d'incidence des diarrhées associées à la bactérie *Clostridium difficile* d'origine nosocomiale, pour 10 000 jours-patients	2011-2012	7,9	2,9	9,0
		20,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		36,6 %	99,1 %	32,2 %
	Pertinence des soins	50,0 %	Taux de césariennes, en %	2009-2010	24,7	20,6	22,8
		50,0 %	Taux d'accouchements vaginaux après une césarienne, en %	2009-2010	14,1	20,7	20,7
		20,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		67,8 %	88,7 %	83,8 %
	Qualité d'exécution	0,0 %	Taux de réadmissions générales dans les 30 jours, en %	2009-2010	7,6	8,8	7,9
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %	2009-2010	6,1	6,6	6,1
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %	2009-2010	11,5	13,9	12,3
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	2009-2010	2,2	2,0	2,1
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins pédiatriques, en %	2009-2010	5,8	6,0	6,0
		60,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		83,2 %	78,0 %	78,2 %
Productivité	Productivité technique	50,0 %	Taux d'utilisation des salles d'opération, en % des heures potentielles	2010-2011	60,9	48,6	50,2
		50,0 %	Proportion des usagers hospitalisés qui auraient pu être traités en chirurgie d'un jour, en %	2010-2011	14,9	15,7	14,7
		40,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		90,0 %	79,3 %	83,5 %
	Productivité financière	100,0 %	Coût par cas pondéré, en $ CAN	2010-2011	4335	4369	4878
		20,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		84,9 %	84,2 %	75,5 %
	Productivité clinique	16,7 %	Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en soins aigus (ajustée pour le NIRRU et l'âge), en jours	2010-2011	5,13	5,32	5,21
		16,7 %	Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC), en jours	2010-2011	5,54	4,72	13,28
		16,7 %	Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour infarctus du myocarde, en jours	2010-2011	2,00	2,29	2,70
		12,5 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers	2010-2011	47,6	48,8	51,2
		12,5 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic	2010-2011	1,68	2,01	1,74
		12,5 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	2010-2011	1,79	2,39	2,60
		12,5 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	2010-2011	2,29	2,36	2,49
		40,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		87,4 %	84,2 %	72,7 %

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	7,7	5,8	5,7	9,2	5,0	10,6	3,9	9,4	3,1	5,2	3,6	2,7	7,4	0,0	-	-
	37,7 %	49,6 %	50,9 %	31,4 %	57,9 %	27,3 %	73,9 %	30,9 %	94,2 %	55,4 %	80,1 %	100,0 %	39,2 %	-	-	-
	25,0	18,5	18,5	19,8	21,8	22,8	22,0	22,6	27,4	22,1	22,6	26,2	22,3	26,3	0,0	-
	11,9	18,8	29,6	13,0	17,9	15,3	19,4	10,9	18,0	27,9	23,5	6,5	18,5	12,7	-	-
	62,9 %	86,4 %	100,0 %	75,3 %	80,6 %	73,5 %	83,0 %	65,4 %	71,3 %	95,2 %	89,7 %	50,6 %	80,6 %	62,5 %	-	-
	7,9	7,7	6,5	7,7	7,4	8,7	8,1	7,5	7,5	8,8	9,8	9,9	7,9	9,2	14,6	12,1
	5,8	4,8	4,9	6,2	5,4	6,5	6,3	5,4	5,3	7,8	7,9	7,1	5,9	8,7	4,8	17,8
	12,5	12,8	10,1	11,6	11,8	13,8	12,6	12,0	11,9	13,7	15,3	15,7	12,4	13,7	25,6	19,7
	1,3	2,1	2,0	2,5	1,6	1,4	2,5	1,9	1,0	1,8	1,0	2,7	2,0	-	-	-
	6,7	5,4	5,1	5,7	5,7	6,0	6,1	5,2	7,3	5,6	8,5	5,4	6,0	-	-	-
	93,8 %	84,8 %	89,4 %	81,5 %	89,2 %	89,3 %	78,1 %	87,9 %	91,0 %	76,5 %	74,4 %	70,6 %	79,5 %	-	-	-
	52,8	64,6	51,6	50,0	51,8	37,6	49,9	47,8	56,0	25,4	21,4	22,3	49,2	14,5	-	-
	16,8	17,8	17,6	21,2	19,0	17,0	20,2	17,4	16,0	19,7	14,6	18,2	17,1	23,4	31,7	13,2
	79,1 %	84,3 %	76,3 %	68,0 %	73,3 %	68,4 %	69,8 %	74,1 %	83,4 %	54,2 %	64,3 %	55,3 %	75,8 %	41,1 %	-	-
	4280	3681	4130	4213	3937	4625	4319	4216	4078	4970	5068	4901	4461	-	-	3532
	86,0 %	100,0 %	89,1 %	87,4 %	93,5 %	79,6 %	85,2 %	87,3 %	90,3 %	74,1 %	72,6 %	75,1 %	82,5 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	5,22	4,46	4,91	4,85	4,84	5,02	4,94	4,87	4,68	4,49	4,34	5,41	5,01	4,13	3,19	3,72
	5,90	8,25	4,98	6,05	9,33	6,78	7,06	7,88	12,27	4,50	4,75	2,88	7,40	2,38	2,09	2,13
	1,87	2,12	2,19	3,40	2,77	2,04	1,94	2,71	2,19	2,16	1,70	1,85	2,70	1,41	0,91	1,29
	51,3	48,7	50,8	51,9	48,7	52,5	48,5	48,3	49,7	54,8	54,1	60,0	50,2	79,0	67,1	36,5
	1,17	1,64	0,91	1,31	1,30	1,78	1,23	1,28	1,00	0,91	1,10	1,43	1,48	1,17	1,26	0,66
	1,17	1,27	1,02	1,99	1,30	2,06	1,21	1,65	1,13	1,45	1,40	1,91	1,93	2,82	2,30	1,67
	2,83	1,61	1,70	2,22	2,11	3,33	2,29	2,20	1,70	2,31	3,84	2,66	2,34	3,54	1,85	3,38
	88,5 %	84,7 %	91,1 %	82,4 %	81,4 %	80,2 %	88,8 %	83,2 %	84,1 %	93,3 %	91,0 %	90,3 %	81,3 %	88,0 %	94,5 %	96,4 %

Tableau 13 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Globalité	Globalité des services	17,8 %	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	2011	53,1	58,8	55,5
		17,8 %	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre le pneumocoque, en %	2008	46,1	39,6	44,5
		8,9 %	Proportion d'élèves ayant reçu le vaccin contre le virus de l'hépatite B en 4e année du primaire, en %	2009-2010	88,7	84,9	77,6
		8,9 %	Proportion des filles ayant reçu le vaccin contre le virus du papillome humain en 4e année du primaire, en %	2009-2010	80,5	78,9	64,0
		13,3 %	Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %	2007-2008	73,7	70,5	61,6
		13,3 %	Proportion ajustée des femmes de 20 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %	2008	71,5	65,3	65,7
		20,0 %	Taux de participation au programme de services dentaires pour les enfants de 0 à 9 ans, en %	2009	50,6	48,1	42,5
		75,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		85,7 %	82,6 %	77,3 %
	Globalité des soins	50,0 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la solidarisation	2007-2011	82,3	81,3	81,4
		50,0 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services	2007-2011	88,0	87,7	86,8
		25,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		85,1 %	84,5 %	84,1 %
Humanisation	Perception des usagers du niveau d'humanisation	33,3 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'environnement	2007-2011	87,4	86,9	86,1
		33,3 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients	2007-2011	89,1	88,7	87,9
		33,3 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'éthique et du professionnalisme dans la relation avec le personnel	2007-2011	88,8	89,0	88,0
		50,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		88,4 %	88,2 %	87,3 %
	Arrangements organisationnels	50,0 %	Proportion des lits de courte et de longue durée en chambres privées, en %	2010-2011	55,1	64,2	51,1
		50,0 %	Proportion des patients de 75 ans et plus sur civière pendant plus de 48 heures, en %	2011-2012	9,5	2,4	17,2
		50,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		39,4 %	70,4 %	33,2 %
Continuité et coordination	Perception des usagers de la continuité	100,0 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la continuité	2007-2011	83,8	82,5	82,6
		50,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		83,8 %	82,5 %	82,6 %
	Coordination des services	100,0 %	Proportion des personnes de 75 ans et plus admises à l'urgence ayant fait une demande d'hébergement en CHSLD, en %	2011-2012	4,0	6,2	3,6
		50,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		75,0 %	49,0 %	84,0 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

[ ] Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
58,3	65,3	64,3	47,9	54,1	51,7	65,9	64,5	59,6	50,7	62,5	57,1	56,9	67,2	..	..
35,2	59,6	55,8	43,9	50,9	50,2	58,6	50,3	46,4	66,5	77,1	47,2	48,3	58,3	..	..
87,2	84,0	87,1	85,1	86,4	89,2	95,9	87,9	77,2	95,5	92,4	94,9	84,9	83,9	77,2	..
84,1	71,8	81,2	74,9	77,6	84,4	92,4	82,5	74,2	92,3	89,2	88,8	76,3	86,8	68,1	..
72,0	69,2	69,1	64,3	69,6	67,7	70,7	68,8	55,4	67,4	69,6	61,8	67,3	77,1	38,4	74,6
68,3	74,7	73,1	79,4	73,4	66,5	52,1	64,5	72,8	73,3	69,2	68,0	69,6	..	..	..
55,1	47,7	48,5	51,2	48,3	54,8	57,3	50,3	36,5	52,9	46,3	44,8	47,3	..	..	..
85,4 %	90,0 %	89,9 %	82,4 %	85,7 %	86,6 %	92,0 %	87,8 %	77,8 %	92,4 %	92,5 %	83,7 %	84,0 %	..	..	..
82,0	80,1	80,7	79,3	80,9	82,3	83,2	83,3	83,0	82,4	81,2	82,5	81,8	83,5	..	..
86,6	85,5	86,2	85,7	86,3	86,9	88,3	87,9	86,5	86,9	86,9	86,6	86,9	88,3	..	..
84,3 %	82,8 %	83,5 %	82,5 %	83,6 %	84,6 %	85,7 %	85,6 %	84,8 %	84,6 %	84,1 %	84,6 %	84,3 %	85,9 %	..	..
85,7	83,2	85,2	83,4	84,1	85,3	85,6	86,2	86,3	84,9	85,3	84,8	85,5	87,8	..	..
87,6	86,5	86,4	86,2	86,7	87,4	88,7	88,6	87,1	87,4	88,1	88,0	87,7	90,0	..	..
87,4	86,2	86,8	86,5	86,8	87,4	88,3	88,6	88,1	87,5	87,5	87,4	87,7	88,7	..	..
86,9 %	85,3 %	86,1 %	85,4 %	85,9 %	86,7 %	87,5 %	87,8 %	87,2 %	86,6 %	87,0 %	86,7 %	87,0 %	88,9 %	..	..
63,9	59,4	65,3	52,4	57,5	66,5	57,2	55,1	57,1	66,4	54,3	61,5	55,9	45,7	..	..
0,9	8,2	23,1	17,0	9,8	1,7	2,6	7,7	22,2	4,8	10,1	4,2	11,3	..	..	..
85,5 %	43,2 %	39,9 %	34,0 %	40,4 %	86,0 %	63,8 %	41,4 %	35,5 %	54,3 %	38,4 %	54,0 %	38,4 %	..	..	..
81,9	79,6	80,5	79,9	80,9	82,2	82,3	83,1	82,5	82,1	81,8	81,6	82,0	85,5	..	..
81,9 %	79,6 %	80,5 %	79,9 %	80,9 %	82,2 %	82,3 %	83,1 %	82,5 %	82,1 %	81,8 %	81,6 %	82,0 %	85,5 %	..	..
4,5	5,6	6,6	7,6	6,7	3,3	4,5	5,9	7,4	4,4	6,1	2,2	5,0	..	..	..
67,0 %	54,1 %	45,9 %	40,0 %	45,1 %	91,9 %	67,3 %	51,3 %	41,0 %	69,0 %	49,6 %	100,0 %	60,0 %	..	..	..

Tableau 14

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Maintien et développement

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Qualité de vie au travail	Environnement de travail	16,7 %	Proportion des heures travaillées consacrées à la formation, en %	2010-2011	1,30	1,10	1,10
		16,7 %	Proportion du budget consacré à la formation, en %	2010-2011	1,18	1,45	1,06
		33,3 %	Proportion des heures supplémentaires effectuées par les infirmières, en %	2011-2012	4,23	5,07	6,07
		33,3 %	Proportion des employés occupant des postes réguliers, en %	2010-2011	74,1	75,7	75,4
		40,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		86,0 %	82,5 %	74,4 %
	Climat et satisfaction	10,8 %	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la réalisation	2007-2011	77,4	78,2	74,1
		10,8 %	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de l'implication	2007-2011	73,7	71,8	69,6
		10,8 %	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la collaboration	2007-2011	77,3	77,0	73,7
		10,8 %	Degré de satisfaction du personnel à l'égard du soutien	2007-2011	71,1	71,4	67,2
		10,8 %	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la communication	2007-2011	68,0	67,0	63,7
		10,8 %	Degré de satisfaction du personnel à l'égard du leadership	2007-2011	71,3	70,6	66,3
		7,0 %	Proportion des médecins assez ou très satisfaits de leur vie professionnelle actuelle, en %	2010	84,2	72,2	77,9
		7,0 %	Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec leurs patients, en %	2010	82,1	85,8	80,2
		7,0 %	Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec les médecins de famille, en %	2010	73,4	79,3	56,3
		7,0 %	Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec les médecins des autres spécialités, en %	2010	74,7	77,8	70,2
		7,0 %	Proportion des médecins assez ou très satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements personnels et professionnels, en %	2010	60,9	49,5	60,9
		40,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		73,8 %	72,8 %	69,1 %
	État de santé des employés	100,0 %	Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées : assurance-salaire, en %	2011-2012	5,60	5,33	5,16
		20,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		92,0 %	96,6 %	99,8 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca)

( ) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	0,90	1,70	1,00	1,20	0,80	0,80	0,90	1,10	1,00	1,40	1,10	1,00	1,10	0,80	1,30	0,90
	1,34	1,11	1,30	1,01	1,07	1,13	1,38	1,02	1,11	1,07	1,29	1,37	1,22	1,13	0,86	0,61
	4,35	4,56	6,30	5,93	5,54	5,33	4,45	5,42	7,24	5,12	8,49	6,68	5,51	-	-	-
	73,7	76,5	74,4	71,8	75,7	76,9	75,4	72,7	78,2	73,8	75,0	75,1	74,5	79,9	33,4	36,3
	83,8 %	88,2 %	74,3 %	73,9 %	74,4 %	76,5 %	84,0 %	75,8 %	70,9 %	80,7 %	69,3 %	73,9 %	77,8 %	-	-	-
	76,6	73,3	77,4	75,0	76,2	76,7	74,6	78,0	75,4	77,8	75,0	76,3	76,0	77,4	-	-
	69,5	66,4	69,6	66,2	68,9	68,8	65,6	72,7	68,1	70,5	65,6	69,6	69,5	68,1	-	-
	76,3	73,9	77,2	74,7	76,1	73,9	74,4	77,4	74,6	74,9	73,4	74,6	75,4	74,6	-	-
	68,3	65,1	68,5	63,4	65,8	65,6	64,9	69,6	63,2	68,2	63,0	65,2	67,1	67,0	-	-
	65,8	62,5	66,6	62,5	64,3	62,8	61,1	67,3	62,6	64,7	59,4	63,9	64,5	62,7	-	-
	68,7	65,7	69,2	65,4	67,2	65,6	65,4	70,5	65,4	68,3	63,5	66,4	67,6	66,0	-	-
	79,8	78,1	83,4	72,6	74,6	82,2	83,4	83,0	67,4	79,1	-	87,3	77,9	-	-	-
	90,5	89,1	89,6	86,3	87,1	89,7	89,4	89,3	86,3	96,6	-	83,3	83,4	-	-	-
	82,6	79,4	78,0	75,7	77,7	85,9	76,8	79,7	82,9	84,0	-	85,2	69,7	-	-	-
	77,9	71,4	68,7	61,6	72,3	83,9	81,6	77,2	73,3	88,8	-	77,0	72,5	-	-	-
	66,2	68,4	61,6	62,4	59,1	63,4	62,0	68,5	58,0	68,5	-	75,6	61,1	-	-	-
	73,9 %	71,1 %	73,1 %	69,2 %	71,3 %	73,1 %	71,5 %	75,0 %	70,1 %	75,2 %	66,7 %	73,7 %	71,0 %	-	-	-
	6,00	6,51	6,76	6,64	6,15	6,20	7,51	5,95	6,48	6,32	8,39	5,92	5,86	8,22	-	-
	85,8 %	79,1 %	76,2 %	77,6 %	83,7 %	83,1 %	68,6 %	86,6 %	79,5 %	81,5 %	61,4 %	87,0 %	87,9 %	62,7 %	-	-

Tableau 15

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Efficacité	Efficacité d'utilisation : mortalité hospitalière	50,0 %	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral, en %	2009-2011	15,2	11,6	13,0
		50,0 %	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde, en %	2009-2011	6,00	5,30	7,70
		30,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		76,6 %	91,4 %	72,0 %
	Efficacité populationnelle : habitudes de vie	16,7 %	Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %	2011	46,7	51,3	47,8
		16,7 %	Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour, en %	2011	50,9	46,7	45,8
		16,7 %	Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	2011	14,4	18,8	15,2
		16,7 %	Taux de tabagisme, en %	2011	19,0	19,0	19,0
		16,7 %	Taux de consommation d'alcool, en %	2011	25,1	16,8	16,2
		16,7 %	Taux d'allaitement, en %	2011	94,9	89,6	91,0
		15,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		91,1 %	88,6 %	93,1 %
	Efficacité populationnelle : morbidité et mortalité infantile	33,3 %	Proportion des naissances de faible poids, en %	2005-2009	5,2	5,7	6,0
		33,3 %	Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	2005-2008	4,0	2,9	3,4
		33,3 %	Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	2007-2009	3,1	2,9	3,6
		15,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		78,9 %	84,6 %	73,7 %
	Efficacité populationnelle : mortalité évitable	100,0 %	Taux de mortalité liée à des causes traitables, pour 100 000 habitants	2006-2008	58	56	68
		5,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		96,0 %	99,4 %	81,9 %
	Efficacité populationnelle : mortalité adulte	100,0 %	Taux de mortalité pour les personnes âgées de 20 à 64 ans, pour 1 000 habitants	2005-2008	2,42	2,54	2,23
		5,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		91,5 %	87,1 %	98,9 %
	Efficacité populationnelle : santé mentale	33,3 %	Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %	2011	79,6	73,9	74,8
		33,3 %	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	05-2008	17,2	17,5	11,4
		33,3 %	Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2006-2008	540	538	325
		15,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		79,2 %	77,1 %	98,6 %
	Efficacité populationnelle : santé générale	50,0 %	Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %	2010	87,5	91,6	83,9
		50,0 %	Espérance de vie à 65 ans, en années	2005-2008	20,0	20,3	20,1
		15,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		97,8 %	99,9 %	96,1 %

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	13,4	9,8	9,4	17,0	14,0	12,7	17,9	11,2	15,8	11,7	11,2	16,1	13,3	6,3	0,0	13,3
	5,70	6,20	5,90	6,50	5,70	7,80	7,10	6,00	5,50	6,70	10,40	10,10	6,50	2,90	0,00	6,10
	83,2 %	92,5 %	95,8 %	69,8 %	81,7 %	72,4 %	64,8 %	87,9 %	79,5 %	81,3 %	68,8 %	56,5 %	77,6 %	100,0 %	-	80,4 %
	48,4	58,2	51,9	48,8	50,3	50,4	45,3	47,3	47,0	49,8	49,0	49,6	49,1	38,3	-	-
	43,1	45,8	47,5	46,2	51,0	38,4	42,7	47,8	44,8	37,4	44,6	44,6	46,8	34,1	-	-
	17,6	19,0	17,2	16,0	17,8	14,8	14,0	19,8	18,5	23,7	20,7	22,9	16,9	15,4	-	-
	21,0	17,0	27,0	25,0	22,0	18,0	22,0	19,0	25,0	25,0	26,0	26,0	21,0	32,0	-	-
	22,0	12,4	19,6	18,7	19,4	16,8	26,4	15,6	17,1	17,7	14,2	20,8	18,5	28,1	-	-
	88,4	85,6	98,4	94,2	87,6	85,7	75,0	70,8	84,8	85,8	79,7	74,8	88,7	86,7	-	-
	84,0 %	89,0 %	83,8 %	86,8 %	86,2 %	89,3 %	83,1 %	87,2 %	84,5 %	78,0 %	83,8 %	76,4 %	87,7 %	76,9 %	-	-
	5,1	6,0	5,9	5,7	5,5	5,4	5,2	5,7	5,6	6,4	5,9	7,0	5,7	6,2	6,4	3,5
	2,8	3,3	2,7	3,4	2,9	4,3	4,5	3,9	1,5	2,1	5,5	4,8	3,3	-	20,3	10,6
	4,1	3,7	2,4	3,8	3,1	3,2	3,5	4,3	2,6	3,2	6,4	4,8	3,5	-	-	-
	79,7 %	73,6 %	88,4 %	73,9 %	83,8 %	75,6 %	73,8 %	68,6 %	97,4 %	87,7 %	55,6 %	57,5 %	76,5 %	-	-	-
	55	60	62	66	64	56	64	64	71	68	74	78	64	-	-	-
	100,0 %	92,8 %	89,8 %	84,3 %	87,0 %	99,4 %	87,0 %	87,0 %	78,4 %	81,9 %	75,2 %	71,4 %	87,0 %	-	-	-
	2,34	2,05	2,61	2,64	2,42	2,75	2,79	2,89	2,64	2,99	2,91	3,68	2,48	2,54	5,10	2,04
	94,3 %	100,0 %	84,7 %	83,6 %	91,2 %	80,5 %	79,3 %	76,6 %	83,6 %	74,0 %	75,8 %	60,0 %	89,0 %	87,0 %	43,4 %	100,0 %
	74,2	74,4	77,9	76,5	75,5	70,5	74,9	73,0	72,0	74,2	76,2	70,0	75,2	73,0	-	-
	19,0	11,2	16,2	16,0	13,7	22,0	17,3	20,3	16,0	22,7	19,4	21,9	15,4	-	99,6	15,2
	518	324	516	450	441	658	526	669	447	660	673	684	485	-	4 484,7	-
	76,3 %	98,5 %	81,7 %	84,8 %	89,1 %	66,9 %	78,3 %	69,2 %	83,1 %	67,8 %	71,4 %	66,0 %	84,4 %	-	-	-
	86,8	89,2	87,7	84,0	85,7	83,2	88,1	81,0	84,1	84,6	89,0	86,8	85,6	86,8	-	-
	20,3	20,4	19,4	19,2	19,7	20,0	19,5	19,9	18,9	19,2	19,2	19,3	19,9	18,7	12,0	18,8
	98,2 %	99,6 %	96,5 %	93,9 %	96,1 %	95,4 %	96,9 %	94,0 %	93,2 %	94,2 %	96,7 %	95,7 %	96,5 %	94,2 %	-	-

Tableau 15 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	33,3 %	Nombre de plaintes, pour 10 000 habitants	2011-2012	28,8	24,1	43,7
		33,3 %	Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente, en %	2011	63,8	61,1	61,1
		33,3 %	Degré de satisfaction globale des usagers	2007-2011	86,9	86,5	85,8
		100,0 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		84,2 %	87,4 %	75,5 %
Équité	Équité de santé intrarégionale en fonction du niveau de favorisation	25,0 %	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance, ratio	2005-2009	1,29	1,06	1,20
		25,0 %	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour les années potentielles de vie perdues, ratio	2005-2009	1,65	1,37	1,60
		25,0 %	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le taux ajusté de mortalité évitable, ratio	2005-2009	1,57	1,29	1,48
		25,0 %	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	2005-2009	1,82	1,25	0,47
		66,7 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		56,0 %	70,8 %	75,0 %
	Équité de santé intrarégionale en fonction du genre	50,0 %	Écart intrarégional entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	2005-2008	3,7	3,7	3,4
		50,0 %	Écart intrarégional entre les genres pour les années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, ratio	2006-2008	1,68	1,72	1,60
		33,3 %	Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		81,4 %	80,3 %	86,9 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca)

( ) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	31,1	19,2	16,5	24,4	20,9	23,5	30,4	30,0	24,9	29,4	31,1	21,1	29,1	-	-	-
	60,4	59,2	55,2	64,6	58,6	56,2	58,0	58,1	60,0	53,1	53,6	51,9	59,9	61,5	-	-
	85,5	83,9	84,6	83,9	84,5	85,5	86,3	86,6	85,8	85,3	85,5	85,4	85,5	87,9	-	-
	80,8 %	92,2 %	90,9 %	87,1 %	89,4 %	85,2 %	80,3 %	80,7 %	85,8 %	78,1 %	77,3 %	85,9 %	82,0 %	-	-	-
	1,09	0,96	1,37	1,14	1,19	1,16	1,09	1,22	1,33	0,89	1,36	1,11	1,19	–	–	–
	1,41	1,27	1,54	1,59	1,68	1,43	1,44	1,64	1,74	1,40	1,41	1,16	1,56	–	–	–
	1,13	1,10	1,25	1,37	1,41	1,11	1,16	1,33	1,63	1,06	1,46	1,06	1,37	–	–	–
	0,95	1,18	0,72	0,78	0,34	1,30	0,66	3,16	0,41	2,89	0,04	0,80	0,32	–	–	–
	78,4 %	78,3 %	68,6 %	72,0 %	78,6 %	75,3 %	82,8 %	57,7 %	73,5 %	71,4 %	92,7 %	100,0 %	80,3 %	-	-	-
	3,6	2,9	3,0	2,5	3,2	3,2	3,2	3,7	3,0	3,3	2,8	3,8	3,4	3,2	2,4	2,9
	1,72	1,51	1,45	1,52	1,63	1,71	1,61	1,63	1,56	1,78	1,81	1,97	1,62	1,61	1,54	2,61
	81,4 %	96,6 %	95,6 %	99,1 %	88,5 %	86,4 %	89,1 %	82,7 %	93,4 %	83,4 %	90,1 %	73,9 %	86,3 %	89,1 %	98,5 %	75,7 %

Tableau 16

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Panorama sociosanitaire de la population

INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES				
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE
Espérance de vie à la naissance, en années	2005-2008	81,1	81,2	81,1	81,4	81,8	80,3	80,1	80,9
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme assez ou extrêmement stressante, en %	2011	25,8	27,5	29,1	27,3	29,1	31,3	27,1	29,0
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	2003-2007	24,5	30,3	22,5	35,2	18,9	30,5	26,3	27,4
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations, en %	2010	16,2	12,5	12,6	11,7	13,4	10,7	17,5	15,6
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants	2010-2011	512	630	398	546	424	467	567	528
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2006-2008	454	728	365	689	335	602	630	524
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants	2005-2008	236	231	229	221	225	260	253	237
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2006-2008	1662	1703	1706	1559	1667	1904	1943	1772
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants	2005-2008	183	189	198	181	164	181	196	201
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2006-2008	675	649	807	610	586	681	752	765
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants	2005-2008	64,5	58,8	60,8	62,2	53,9	72,1	67,8	62,4
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2003-2005	171	152	199	178	124	183	162	168

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(-) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	80,6	80,0	80,3	79,9	79,6	79,4	78,9	80,8	79,6	65,9	77,9
	27,1	22,3	28,1	29,7	28,3	26,5	17,1	28,1	26,2	-	-
	35,2	38,0	33,0	26,9	42,4	37,1	45,7	27,9	35,6	154,1	57,3
	8,8	12,3	18,1	12,9	13,5	17,7	11,6	14,0	15,4	-	-
	659	688	634	445	793	609	822	514	-	-	-
	836	786	754	580	938	801	1132	555	1006	3405	1209
	235	250	242	243	239	275	280	238	258	466	204
	1603	1859	1910	1754	1784	1853	2317	1761	1811	3158	1189
	190	183	192	201	205	182	214	192	183	269	207
	672	731	787	891	780	947	982	747	1089	1009	935
	75,0	67,2	70,3	63,9	71,9	79,2	65,2	64,1	78,7	336,4	118,5
	223	216	184	199	254	204	225	184	-	1372	-

SYNTHÈSE

La performance, comme en témoigne le modèle d'analyse retenu par le Commissaire à la santé et au bien-être, est un concept qui permet de traduire une réalité dynamique et de tisser des liens entre les diverses composantes du système de santé et de services sociaux québécois. La disponibilité d'un nombre grandissant d'indicateurs fiables et pertinents guide le Commissaire sur la piste de constats informatifs relativement exhaustifs. Ceux-ci permettent de faire ressortir les forces et les faiblesses du système, ce qui donne aux décideurs et aux gestionnaires des pistes de réflexion et d'action pour une amélioration continue de la performance.

S'ADAPTER POUR MIEUX PRODUIRE : LA RÉALITÉ DU SYSTÈME QUÉBÉCOIS

Le Québec est la province canadienne où les dépenses de santé par habitant sont les plus basses. Malgré cela, lorsqu'on tient compte de la capacité humaine et matérielle, les ressources disponibles sont tout de même relativement élevées. Les écueils observés en adaptation se situent plutôt dans la faible utilisation des technologies informatiques par les médecins, alors que le Québec se situe bien en deçà de l'ensemble du Canada. On remarque aussi une faible proportion de Québécois déclarant avoir un médecin régulier (74,5 % des Québécois en 2011), ce qui reflète une difficulté à s'ajuster aux besoins de la population. Ces aspects sont, au demeurant, bien davantage au centre des défis de l'adaptation et se répercutent sur l'ensemble du système de santé et de services sociaux.

CONSERVER LA QUALITÉ DES SOINS ET LES RENDRE PLUS ACCESSIBLES

La qualité technique des soins et services prodigués aux patients, de même que la productivité du personnel, représente un atout du système de santé et de services sociaux québécois. La comparaison interprovinciale à ce sujet indique en effet que le Québec se trouve parmi les meilleurs, grâce à de faibles taux de réadmissions hospitalières et à une productivité clinique élevée. Cependant, la mesure de la productivité ne prend pas en compte la composante ambulatoire du système, en raison de l'absence de données sur lesquelles porter une analyse complémentaire. Il serait intéressant à l'avenir de pouvoir considérer cette composante, si des données à ce sujet devenaient disponibles.

De plus, le Québec a une forte dotation en médecins spécialistes. Le délai d'attente pour consulter ces derniers est d'ailleurs plus qu'acceptable. Le temps d'attente est aussi très respectable pour des tests diagnostiques en imagerie par résonance magnétique, en tomodensitométrie ou encore pour l'angiographie. La capacité matérielle du Québec en

appareils de haute technologie pour l'imagerie médicale et la tomodensitométrie est élevée. Cependant, la faible proportion de Québécois ayant accès à un médecin régulier semble engendrer des difficultés pour accéder à des soins de routine et de suivi.

De même, le faible niveau d'utilisation des dossiers électroniques et des technologies de transferts d'information par les médecins se répercute sur d'autres aspects de la performance. La coordination ressort comme une faiblesse importante du système. Cela s'observe dans la coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, ainsi que dans la coordination des soins à la sortie de l'hôpital à la suite d'une chirurgie. D'ailleurs, parmi les patients québécois présentant de grands besoins de santé, seule une faible proportion bénéficie d'un intervenant qui se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques. Ces lacunes dans la coordination sont liées à certains problèmes d'accessibilité. L'analyse régionale montre que la fluidité dans le parcours de soins et services est un écueil majeur du système de production québécois. Ce manque de fluidité est sans doute lui-même responsable en partie de la faible satisfaction des patients vis-à-vis de la rapidité des soins.

En résumé, l'accès pour la population à un médecin régulier et l'utilisation des technologies informatiques par les médecins sont des leviers potentiels afin d'améliorer à la fois la coordination des soins et l'accès à des soins de routine et de suivi, de même que la fluidité dans le parcours de soins et services. Dans son rapport d'appréciation de 2009, le Commissaire recommandait d'ailleurs de soutenir l'implantation du dossier médical informatisé et du dossier de santé partageable :

- que soient implantés, dans l'ensemble des groupes de médecine de famille et des autres modèles agréés, les dossiers médicaux informatisés et les technologies associées [...]
- que soient harmonisés sur le plan technologique le dossier de santé partageable (Dossier de santé du Québec) et les dossiers médicaux informatisés (CSBE, 2009, p. 44).

Dans son rapport d'appréciation de 2010, le Commissaire recommandait aussi d'informatiser le réseau de la santé et des services sociaux :

- Que soient implantés, dans l'ensemble des établissements du réseau, des dossiers informatisés intégrant les informations cliniques pertinentes.
- Que soient élaborés des protocoles et des modalités de partage de l'information provenant des dossiers cliniques informatisés des établissements permettant l'accès à l'information clinique pertinente aux acteurs pratiquant dans les autres points de service du réseau local (CSBE, 2010, p. 88).

EFFICACITÉ, SATISFACTION ET ÉQUITÉ : UN TRIPLE MANDAT COMPLEXE

Les données relatives à l'efficacité populationnelle indiquent que le Québec se situe très bien par rapport aux autres provinces canadiennes, particulièrement en ce qui a trait aux habitudes de vie et à la santé générale, alors que la santé mentale demeure un enjeu préoccupant[9]. Aussi, l'équité de santé en fonction du revenu ou du sexe observée au Québec est très semblable à ce qui est noté pour l'ensemble du Canada. Les quelques indicateurs disponibles pour étayer la satisfaction de la population montrent que les utilisateurs du système sont généralement satisfaits. Il faut tout de même rappeler que « la perception des Québécois envers leur système de santé est sensiblement moins bonne que dans le reste du Canada et dans les autres pays », comme le soulignait le Commissaire dans les résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2010 sur l'expérience de soins de la population (CSBE, 2011, p. 15).

Bref, si le système de santé et de services sociaux québécois répond assez bien à ce triple mandat, on ne doit pas non plus évacuer la qualité de l'expérience humaine des patients dans leur utilisation des soins et services. C'est pourquoi la documentation de la dimension de l'humanisation, qui reflète l'importance de continuer à centrer les soins et services sur les besoins du patient, doit être l'une des finalités du système québécois.

9. Pour plus d'information sur le sujet, consulter le *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale* (CSBE, 2012).

CONCLUSION

Le présent document cherche à décrire la réalité du système de santé et de services sociaux québécois grâce à un vaste ensemble de données. En comparant le Québec aux autres provinces canadiennes et aux meilleurs pays, de même qu'en comparant les régions du Québec entre elles, le Commissaire fournit une information juste et rigoureuse afin de contribuer à améliorer la performance du système. On observe entre autres que la qualité des soins au Québec et l'état de santé général de la population se démarquent favorablement par rapport à l'ensemble du Canada. La coordination et l'utilisation des technologies informatiques par les médecins sont par contre des aspects pour lesquels beaucoup d'efforts doivent encore être consentis, en plus de l'accès à un médecin régulier pour une plus grande proportion de la population.

La démarche du Commissaire s'inscrit à l'intérieur d'un processus d'amélioration continue. Cela est cohérent avec les objectifs qu'il poursuit en fournissant données et outils aux gestionnaires et aux décideurs du réseau, de même qu'une information contextualisée à la population. Au fil des ans, le Commissaire continuera de bonifier son analyse, notamment en utilisant des indicateurs toujours plus étroitement liés à la performance du système comme tel, au fur et à mesure de leur disponibilité. Aussi, il raffinera les interrelations entre ces indicateurs pour témoigner adéquatement à la fois de la complexité du système de santé et de services sociaux, mais aussi des facteurs qui influencent sa performance. Le tout vise à ce que la population bénéficie d'un système qui répond à ses besoins et attentes maintenant et pour le futur.

ANNEXE

Tableau 17

RÉSULTATS DE BALISAGE PROVINCIAUX EN FONCTION DES BALISES INTERNATIONALES*

FONCTIONS	DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS**	ANNÉES
Adaptation	Disponibilité des ressources	Capacité financière	Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB)	2010-2011
		Capacité humaine	Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	2010
			Nombre d'infirmières, pour 1 000 habitants	2010
			Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants	2011
		Capacité matérielle	Nombre d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants	2011
			Nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants	2011
Production	Productivité	Productivité technique	Nombre moyen d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie (TDM), ratio	2010-2011
			Nombre moyen d'examens réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ratio	2010-2011
	Globalité	Globalité des services	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	2011
			Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %	2008
	Continuité et coordination	Perception des usagers de la coordination	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont expérimenté un bon niveau de coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, en %	2011
			Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui relèvent qu'un médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins, en %	2011
			Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont relevé un problème de coordination lié aux examens ou aux dossiers médicaux au cours des deux dernières années, en %	2011
			Proportion des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont eu une opération chirurgicale ayant bénéficié d'une bonne coordination des soins à la sortie de l'hôpital, en %	2011
			Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant une personne qui se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques, en %	2011

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	92,9 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	98,4 %	94,5 %	100,0 %	80,2 %	68,3 %	92,1 %	92,1 %	98,4 %	69,9 %	100,0 %
	63,4 %	42,4 %	58,2 %	53,0 %	60,7 %	50,8 %	51,5 %	45,6 %	56,7 %	54,6 %	54,4 %	48,6 %	18,1 %	9,0 %
	82,9 %	71,9 %	68,3 %	75,7 %	58,9 %	50,5 %	66,1 %	64,1 %	54,1 %	47,9 %	55,4 %	72,8 %	100,0 %	-
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	98,5 %	92,8 %	79,6 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	90,2 %	90,9 %	86,8 %	42,7 %	88,0 %
	64,3 %	35,0 %	42,8 %	60,5 %	42,1 %	33,4 %	40,8 %	36,2 %	32,4 %	37,2 %	37,5 %	73,7 %	58,0 %	-
	39,3 %	46,0 %	63,3 %	53,3 %	71,3 %	49,3 %	42,7 %	32,0 %	64,0 %	60,0 %	56,7 %	-	-	-
	69,8 %	90,5 %	100,0 %	92,5 %	100,0 %	99,1 %	92,9 %	100,0 %	86,3 %	85,3 %	96,0 %	32,9 %	52,7 %	-
	78,5 %	72,7 %	70,7 %	100,0 %	64,7 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	91,8 %	53,2 %	88,7 %	-	-	-
	82,4 %	91,3 %	100,0 %	99,5 %	84,5 %	100,0 %	92,2 %	91,9 %	100,0 %	94,6 %	95,6 %	100,0 %	97,8 %	-
	86,9 %	74,3 %	84,0 %	90,1 %	90,0 %	89,1 %	86,4 %	89,6 %	90,1 %	82,7 %	88,3 %	80,6 %	83,3 %	-
	-	-	-	-	66,0 %	90,3 %	-	-	92,7 %	-	84,6 %	-	-	-
	-	-	-	-	69,9 %	100,0 %	-	-	100,0 %	-	93,2 %	-	-	-
	-	-	-	-	60,6 %	53,3 %	-	-	60,6 %	-	55,6 %	-	-	-
	-	-	-	-	60,6 %	82,4 %	-	-	79,3 %	-	74,6 %	-	-	-
	-	-	-	-	46,5 %	95,6 %	-	-	87,6 %	-	81,0 %	-	-	-

Tableau 17 (suite)

RÉSULTATS DE BALISAGE PROVINCIAUX EN FONCTION DES BALISES INTERNATIONALES*

FONCTIONS	DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS**	ANNÉES
Atteinte des buts	Efficacité	Efficacité populationnelle : habitudes de vie	Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	2011
		Efficacité populationnelle : santé mentale	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	2009
		Efficacité populationnelle : santé générale	Espérance de vie à 65 ans, en années	2006-2008
	Équité	Équité de santé intraprovinciale en fonction du genre	Écart intraprovincial entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	2006-2008
		Équité interprovinciale des dépenses de santé	Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé	2011

* Les indicateurs présentés sont ceux pour lesquels il est possible de comparer la donnée provinciale aux données internationales.

** Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(-) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	40,0 %	58,5 %	44,4 %	41,9 %	72,1 %	61,7 %	46,9 %	54,4 %	62,0 %	86,7 %	63,7 %	72,1 %	52,9 %	49,7 %
	80,1 %	66,0 %	54,8 %	68,5 %	57,0 %	83,8 %	50,5 %	46,0 %	58,4 %	69,9 %	66,6 %	100,0 %	47,8 %	12,5 %
	96,1 %	95,6 %	94,3 %	95,6 %	98,3 %	99,3 %	95,8 %	96,6 %	99,1 %	100,0 %	98,6 %	-	-	-
	95,4 %	81,4 %	83,8 %	86,5 %	83,8 %	89,2 %	79,0 %	81,4 %	86,5 %	98,8 %	86,5 %	89,2 %	89,2 %	89,2 %
	96,7 %	87,0 %	82,8 %	83,1 %	84,9 %	82,4 %	86,5 %	88,7 %	90,3 %	86,6 %	85,2 %	86,1 %	85,6 %	100,0 %

MÉDIAGRAPHIE

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2012). *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 43 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2011). *L'expérience de soins de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2010 auprès de la population de 18 ans et plus*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 – Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 164 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009 – Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 136 p.

Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec